This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

HARVARD
UNIVERSITY
LIBRARY

Educ 2050.5

Harvard College Library

FROM THE BEQUEST OF

JAMES WALKER, D.D., LL.D.,

(Class of 1814),

FORMER PRESIDENT OF HARVARD COLLEGE;

"Preference being given to works in the Intellectual and Moral Sciences."

SAMMLUNG VON ABHANDLUNGEN AUS DEM GEBIETE DER PÄDAGOGISCHEN PSYCHOLOGIE UND PHYSIOLOGIE

HERAUSGEGEBEN VON

H. SCHILLER UND TH. ZIEHEN.

V. BAND. 1. HEFT.

DIE GEISTESKRANKHEITEN DES KINDESALTERS

MIT BESONDERER BERÜCKSICHTIGUNG DES SCHULPFLICHTIGEN ALTERS

VON

DR. TH. ZIEHEN,
PROFESSOR A. D. UNIVERSITÄT UTRECHT.

BERLIN,
VERLAG VON REUTHER & REICHARD
1902.

Educ 2050.5

HARVARD COLLEGE
JAN 1 1902
LIBRARY.

Walker fund.

Alle Rechte, auch das der Übersetzung vorbehalten.

Druck von Paul Schettlers Erben, Gesellsch. m. b. H., Hofbuchdruckerei in Cöthen.

Vorwort.

Die folgenden Abhandlungen[1]), deren erste ich hiermit dem Druck übergebe, bezwecken eine spezielle Darstellung der einzelnen Geisteskrankheiten des Kindesalters, sowohl der angeborenen wie der erworbenen. Aus praktischen Gründen habe ich besondere Rücksicht auf das schulpflichtige Alter genommen. Eine Darstellung der allgemeinen Psychopathologie des Kindesalters liegt nicht in der Absicht dieser Abhandlungen. Diejenigen, welche über die allgemeine Bedeutung der zur Sprache kommenden Krankheitssymptome nähere Auskunft wünschen, muss ich bitten, mein Lehrbuch der Psychiatrie (Verl. Fr. Wreden, Berlin 1894) nachzusehen; ich habe, um ein Nachschlagen zu erleichtern bei der Erwähnung aller speziellen Symptome u. s. f. auf die Seitenzahl dieses Buches verwiesen.

Utrecht, im September 1901.

Th. Ziehen.

[1]) In jedem der folgenden Bände dieser Sammlung wird eine Abhandlung erscheinen. Im Ganzen verteilt sich die Darstellung auf drei Abhandlungen.

Vorbemerkungen über die Einteilung der Geisteskrankheiten des Kindesalters.

Für das Kindesalter empfiehlt sich dieselbe Einteilung der Geisteskrankheiten wie für die späteren Altersstufen, nämlich die Einteilung in

A. Psychosen **mit** Intelligenzdefekt oder Defektpsychosen

und B. Psychosen **ohne** Intelligenzdefekt.

Unter Intelligenzdefekt[1]) ist die krankhafte Armut oder wie man auch sagt, der Ausfall von Vorstellungen und assoziativen Vorstellungsverknüpfungen zu verstehen. Auf die Anwesenheit oder Abwesenheit eines solchen Intelligenzdefektes die Haupteinteilung der Psychosen zu gründen erscheint aus den verschiedensten Gründen zweckmässig. Erstens ist der Intelligenzdefekt als solcher eines der wichtigsten psychischen Krankheitssymptome, zweitens giebt er stets auch einen bestimmten pathologisch-anatomischen Hinweis: Die Defektpsychosen sind nämlich ausnahmslos zugleich dadurch charakterisiert, dass bei der Sektion stets entweder makroskopisch oder mikroskopisch krankhafte Veränderungen der Grosshirnrinde sich nachweisen lassen. Dem Ausfall von Vorstellungen und Vorstellungsverknüpfungen entspricht ein Untergang von Ganglienzellen bezw. Nervenfasern der Grosshirnrinde. Wir kennen keinen einzigen Fall einer Defektpsychose, der gründlich nach den uns jetzt zu Gebote stehenden Methoden makroskopisch und mikroskopisch untersucht worden wäre und keine krankhaften Abweichungen im Bau der Grosshirnrinde ergeben hätte. Man kann daher die Defektpsychosen auch als **organische** Psychosen bezeichnen, da man unter organischen Krankheiten eben solche versteht, bei welchen die Sektion makroskopische oder mikroskopische Veränderungen aufdeckt. Dem gegenüber hat man

[1]) Vgl. Psychiatrie, S. 53, 132, 203 ff.

die Psychosen ohne Intelligenzdefekt als **funktionelle** Psychosen zu bezeichnen, weil hier auch mit Hilfe unserer feinsten Methoden keine makroskopischen oder mikroskopischen Veränderungen in der Grosshirnrinde nachzuweisen sind. Es handelt sich eben hier nicht um den Ausfall von Vorstellungen und Vorstellungsverknüpfungen, sondern nur um Abnormitäten des Vorstellungsablaufes, der Gefühlsbetonung u. s. f., nicht um Zerstörungen der Elemente selbst, sondern um Störungen ihrer Thätigkeit oder „Funktion". Selbstverständlich ist auch für diese Störungen eine materielle Veränderung anzunehmen, aber dieselbe ist so unerheblich, dass sie sich unserem Nachweis in den meisten Fällen vollständig entzieht. In einzelnen Fällen mag es sich auch um eine krankhafte Veränderung des Blutumlaufes im Gehirn handeln, z. B. eine krankhafte Verminderung des arteriellen Zuflusses, durch welche begreiflicher Weise ganz ebenso wie durch unzureichende Ernährung, Überanstrengung usw. Störungen der Thätigkeit der Rindenelemente entstehen können. Auch solche Störungen der Blutdurchströmung lassen sich bis jetzt an der Leiche nicht sicher nachweisen und noch weniger die durch diese Störungen bedingten feinen Veränderungen der Rindenelemente.

Aus den letzten Erörterungen geht bereits hervor, dass die Grenze zwischen den Defektpsychosen und den Psychosen ohne Intelligenzdefekt nicht scharf ist. Dieselbe Ursache, z. B. ein dem Körper einverleibtes Gift, welche bei schwacher oder kurzer Einwirkung eine funktionelle Psychose ohne Intelligenzdefekt hervorruft, kann bei stärkerer oder längerer Einwirkung zu einer Psychose mit Intelligenzdefekt führen. So wird es auch verständlich, dass zuweilen eine Psychose zunächst ohne Intelligenzdefekt verläuft und erst später, wie man sich ausdrückt, „sekundär" ein Intelligenzdefekt hinzukommt. Man bezeichnet solche Fälle daher auch als „**sekundäre** Demenz." Weiterhin wird die Grenze zwischen Defektpsychosen und Psychosen ohne Intelligenzdefekt auch schon deshalb schwanken, weil unsere Untersuchungsmethoden allmählich vervollkommnet werden und wir damit in Stand gesetzt werden auch bei einzelnen Psychosen, welche vor kurzem noch als funktionell galten, feine Veränderungen nachzuweisen.

Die Thatsache, dass sonach die Grenze zwischen den beiden Hauptgruppen der Psychosen nicht scharf ist, spricht selbstverständlich nicht gegen die Zweckmässigkeit der gegebenen Haupteinteilung. Scharfe Grenzen existieren auch bei rein

körperlichen Krankheiten nirgends. Wir würden einem unerreichbaren Phantom nachjagen, wenn wir nach einer absolut scharfen Einteilung suchen wollten.

Im Folgenden werde ich zuerst die Defektpsychosen oder organischen Psychosen des Kindesalters und hierauf die Psychosen ohne Intelligenzdefekt oder funktionelle Psychosen des Kindesalters besprechen.

Die Zahl der Spezialwerke, welche alle Kinderpsychosen behandeln, ist sehr klein. Als zuverlässig kann ich von allgemeinen Werken nur anführen:

Emminghaus. Die psychischen Störungen des Kindesalters. Tübingen, H. Laupp, 1887.

Moreau de Tours, La folie chez les enfants. Paris, 1888.

William W. Ireland. The mental affections of children, idiocy, imbecility and insanity. London and Edinburgh, 1898.

Ausserdem finden sich in den grösseren Lehrbüchern der Kinderkrankheiten und der Psychiatrie grösstenteils auch Abschnitte, welche sich mit den Psychosen des Kindesalters beschäftigen.

Einige zuverlässige Litteratur für die einzelnen Psychosen des Kindesalters werde ich bei der Beschreibung einer jeden einzelnen Psychose anführen.

A. Defektpsychosen.

(Organische Psychosen.)

Man teilt die Defektpsychosen in **angeborene** und **erworbene** ein. Da jedoch die in den ersten Lebensjahren erworbenen Defektpsychosen in ihren Symptomen mit den angeborenen Defektpsychosen viel genauer übereinstimmen als mit den im späteren Verlauf der Kindheit erworbenen Psychosen, so empfiehlt es sich die Besprechung der in den ersten Lebensjahren erworbenen Psychosen mit der der angeborenen Psychosen zu verbinden. Im Folgenden sollen daher unter angeborenen Psychosen stets auch jene ersteren mitverstanden werden.

Alle angeborenen Defektpsychosen fasst man auch als **Imbezillität,**[1]) alle erworbenen Defektpsychosen als **Demenz** zusammen.

[1]) Sehr zweckmässig ist diese Bezeichnung nicht, da man unter Imbezillität im engeren Sinn auch eine bestimmte Form der angeborenen Defektpsychosen versteht.

I. Angeborene Defektpsychosen.

(Imbezillität im weiteren Sinn.)

Die angeborenen Defektpsychosen fasst man auch als angeborenen Schwachsinn (Imbezillität im weiteren Sinn) zusammen. Vorläufig empfiehlt es sich innerhalb des angeborenen Schwachsinns auf Grund des Umfangs des Intelligenzdefekts 3 Stufen zu unterscheiden, welche man als Idiotie, Imbezillität im engeren Sinn und Debilität bezeichnet. Die Idiotie stellt den schwersten, die Debilität den leichtesten Grad dar. Eine Einteilung von anderen Gesichtspunkten aus wird sich später ergeben.

Häufigkeit.

Die uns zur Verfügung stehenden Statistiken sind wenig zuverlässig, da in allen Ländern viele Imbezillen nicht in Anstalten interniert sind und somit sich einer sicheren Zählung entziehen. Namentlich werden die leichteren Fälle der Debilität oft übersehen oder aus leicht verständlichen Gründen geheim gehalten. Die folgenden Angaben, welche den neueren Statistiken entlehnt sind, sind daher nur als Minimalzahlen zu betrachten.

Nach Kollmann[1]) kommt ein Imbeziller

in	Preussen	auf	730	Einwohner,
„	Bayern	„	659	„
„	Württemberg	„	482	„
„	Sachsen	„	729	„
„	Oldenburg	„	945	„
„	Österreich	„	683	„
„	Ungarn	„	761	„
„	Kanton Bern	„	335	„
„	Dänemark	„	1248	„
„	Schweden	„	2554	„
„	Norwegen	„	835	„
„	England	„	771	„
„	Schottland	„	727	„

[1]) Allg. Zeitschrift für Psychiatrie, Bd. 40 (1884), S. 498. Leider sind diese Zahlen mit erheblichen Fehlerquellen behaftet. Insbesondere werden unter die Rubrik der Statistik „Blödsinn" auch viele Fälle von erworbener Defektpsychose gerechnet. Für Italien berechne ich nach Grimaldi (Nuova Revista, 1892) einen Imbezillen auf 1550 Einwohner, doch bleibt die offizielle Statistik hier wahrscheinlich weit hinter der Wahrheit zurück.

in Irland auf 803 Einwohner,
„ Frankreich „ 1028 „
„ Belgien „ 2890 „

Seitdem ist diese statistische Zusammenstellung in mehreren Punkten durch sorgfältigere Zählungen berichtigt worden. So fand CARLSEN[1]) z. B. im Jahre 1888—1889, dass in Dänemark auf ca. 500 Einwohner je ein Fall angeborenen Schwachsinns kommt. Die Zahl der Imbezillen in Frankreich hat sich im Jahre 1873 bei einer von KOLLMANN nicht verwerteten Statistik zu ca. 122000 ergeben (d. h. ca. 1 : 300). In Deutschland ist die Gesamtzahl der Imbezillen zur Zeit auf wenigstens 150000 zu schätzen.

Alle diese Zahlen beziehen sich auf die Gesamtbevölkerung und auf Imbezille jeden Alters. Schränkt man die Zählung auf das Kindesalter ein, so ergiebt sich ein noch etwas höherer Prozentsatz, weil die Sterblichkeit der imbezillen Kinder etwas grösser ist als diejenige der vollsinnigen Kinder. Äuserst beachtenswert ist daher die auf Anregung der schweizer pädagogischen Gesellschaften kürzlich erfolgte statistische Erhebung über die Zahl der schwachsinnigen Kinder schulpflichtigen Alters in der Schweiz.[2]) Danach sind 15,3 ‰ der Kinder im Alter von 7 bis 14 Jahren schwachsinnig.

Ursachen.

In vielen Fällen ist als einzige Ursache des angeborenen Schwachsinns erbliche neuropathische Belastung nachzuweisen. So findet man nicht selten in der Aszendenz eines imbezillen Kindes gehäufte Geistes- und Nervenkrankheiten. Sehr oft ist diese Belastung konvergent, d. h. auf Vater- und auf Mutterseite nachzuweisen.

Eine noch grössere Rolle spielt der chronische Alkoholismus der Eltern. Die zuverlässigsten Mitteilungen hierüber verdanken wir BOURNEVILLE.[3]) Dieser berichtet über 1000 Fälle von Imbezillität, welche in Paris während der Jahre 1880—1890

[1]) Statistike Undersogelser aangaaende aandsswage i Danmark, Kjobenhavn, 1891.

[2]) Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte. 1898, No. 5.

[3]) Influence étiologique de l'alcoolisme sur l'idiotie. Progrès médical. 1897, Nr. 2 und Recherches clin. et thér. Vol. XVII, 1897, S. 205; allerdings scheint diese Statistik ausser imbezillen Kindern auch einfach-epileptische zu umfassen, ferner steht die Zahl, welche B. für Alkoholismus bei der Mutter angiebt, in Widerspruch zu einer Statistik desselben Autors, Rech. clin. etc. Vol. XX, 1900, S. 106.

beobachtet wurden. In 471 Fällen war der Vater Gewohnheitstrinker, in 84 Fällen die Mutter Gewohnheitstrinkerin. In 65 Fällen waren beide Eltern dem Trunk ergeben. In 171 Fällen war keine Auskunft zu erlangen. In 209 Fällen bestand weder bei Vater noch bei Mutter Alkoholismus. Jedenfalls ist sonach die Trunksucht der Eltern eine der häufigsten Ursachen der Imbezillität. Fraglicher ist, ob die Konzeption im Zustand der Betrunkenheit (des Vaters) von Einfluss ist. Bourneville konnte bei 57 von jenen 1000 Fällen feststellen, dass sicher, und bei 24, dass wahrscheinlich die Zeugung im Rausch erfolgt war.

In einer dritten Gruppe von Fällen ist die Erbsyphilis als Krankheitsursache zu betrachten. Piper[1]) konstatierte dieselbe unter 310 Fällen 16mal. Auffällig selten ist in englischen Statistiken die hereditäre Syphilis als Ursache der Imbezillität verzeichnet.[2]) Ich selbst verfüge nur über eine sorgfältige Statistik über die Häufigkeit der Erbsyphilis bei leichterem angeborenen Schwachsinn; bei diesem konstatiere ich jetzt in 17 % wahrscheinlich, in 10 % sicher Erbsyphilis.

Sehr strittig ist auch die ätiologische Bedeutung der hereditären Tuberkulose. Piper[3]) wies bei 23 % seiner Fälle Tuberkulose in der Ascendenz (Eltern resp. Verwandten) nach. Kalin[4]) kommt bei seiner Statistik gar auf 56 %. Bei diesen Zahlen ist in Betracht zu ziehen, dass die Tuberkulose überhaupt ausserordentlich verbreitet ist und dass auch bei geistesgesunden Kindern wenigstens in 15 % ein Fall von Tuberkulose in der nächsten Familie nachweisbar ist. Die echte Skrophulose ist bekanntlich nichts anderes als eine angeborene oder in früher Jugend erworbene Tuberkulose der Lymphdrüsen. Bestände eine enge Beziehung zwischen hereditärer Tuberkulose und Imbezillität, so sollte man relativ häufig eine Kombination von Skrophulose und Imbezillität finden. Die Erfahrung lehrt jedoch, dass unter den skrophulösen Kindern nicht erheblich mehr imbezille sich finden als unter den nicht skrophulösen. Auch die Thatsache, dass tuberkulöse Hirnhautentzündung (Meningealtuberkulose), welche gerade im Kindesalter sehr häufig auftritt, bei imbezillen Kindern durchaus nicht auffallend oft zur Beobachtung gelangt, spricht gegen

[1]) Zur Aetiologie der Idiotie. Berlin, 1893.
[2]) Judson S. Bury, On the influence of hereditary syphilis in the production of idiocy or dementia. Brain, Vol. 6; Ireland, l. c. S. 206.
[3]) L. c. S. 20, 54 u. 146.
[4]) Enumeration, classification and causation of idiocy. Philadelphia, 1880.

einen engen Zusammenhang zwischen hereditärer Tuberkulose und Imbezillität. Dazu kommt, dass die Gehirnveränderungen, welche man bei der Sektion findet, unverhältnismässig selten tuberkulösen Charakters sind. Ich glaube also, dass man die ätiologische Bedeutung der Tuberkulose für die Imbezillität erheblich überschätzt hat.

Für einzelne Fälle dürfte sie allerdings nicht abzustreiten sein. Hierher rechne ich z B. folgenden Fall.

Fall 1. T . . . . . Der Vater, beide Eltern des Vaters und sämtliche Geschwister des Vaters starben an Tuberkulose. Die Mutter ist in kaum nennenswertem Masse „etwas nervös". Mütterlicherseits liegt keine Belastung vor. Zwei Geschwister des Kranken starben an Tuberkulose, eine Schwester lebt und ist gesund. Irgendwelche andere Krankheitsursachen ausser der tuberkulösen Belastung väterlicherseits sind bei T. nicht nachweisbar. Die Geburt verlief normal. Schon bei der Geburt fiel die Mikrocephalie, d. h. die Kleinheit des Schädels auf. Gehen und sprechen lernte Patient schon mit zwei Jahren, aber die Intelligenzentwicklung blieb dauernd zurück. Nach dem Grad des Intelligenzdefekts ist Patient als schwer debil zu bezeichnen. Der Schädelumfang beträgt 47 cm. Noch bemerkenswerter ist die abnorme Niedrigkeit des Hirnschädels. Die Stirn ist fliehend, das Hinterhaupt springt spitzig vor. Der Gesichtsschädel bietet die typische sogenannte Vogelphysiognomie. Von anderweitigen körperlichen Symptomen mögen hier nur die „Schwimmhautbildungen" zwischen den Fingern und die schwere Pulsverlangsamung (57 in der Minute) erwähnt werden.

Sicher ist in einzelnen Fällen die chronische Bleivergiftung des Vaters von entscheidender Bedeutung. So ist mir z. B. ein Fall bekannt, in welchem ein Handwerker, der viel mit Bleifarben zu thun hatte, seit Eintritt einer chronischen Bleivergiftung zwei idiotische Kinder gezeugt hat.[1])

Ob Gicht, Malaria und Herzkrankheiten der Eltern von Bedeutung sind, ist noch nicht entschieden.

Eine weitläufige Litteratur liegt auch über die Frage vor, ob Blutsverwandtschaft der Eltern an sich, d. h. bei Ausschluss einer der vorgenannten hereditär wirksamen Krankheiten, Imbezillität hervorzurufen vermag. Heute hat sich mehr und mehr die Ansicht Bahn gebrochen, dass diese Frage zu verneinen ist, dass jedoch bei Anwesenheit einer der eben genannten hereditär wirksamen

[1]) In einem Fall Bourneville's (Recherches clin. et thérap. 1887) litt der Vater an chronischer Schwefelkohlenstoffvergiftung.

Krankheiten die Gefahr für die Intelligenz der Nachkommenschaft durch Blutsverwandschaft der Eltern erheblich gesteigert wird.[1])

Mindestens ebenso bedeutsam wie die hereditären Ursachen sind die „erworbenen". Unter diesen führe ich an erster Stelle Kopftraumen, d. h. Verletzungen des kindlichen Kopfes an. Teils handelt es sich um Verletzungen, welche der Foetus bei einem Fall der Mutter oder bei einem Stoss gegen den mütterlichen Leib in der Gebärmutter[2]) erlitten hat, teils um Verletzungen während der Geburt, z. B. bei sogenannten Sturzgeburten, bei Zangengeburten infolge des Druckes der Zange oder bei starker Zusammendrückung des Schädels infolge der abnormen Enge des mütterlichen Beckens, teils endlich um Kopfverletzungen bezw. Kopferschütterungen durch Fall oder Schlag in den ersten Lebensjahren. Wolff[3]) hat bei 198 von 1436 imbezillen Kindern, also bei ca. 14% eine solche traumatische Aetiologie — Schädigung des Kopfes vor, während oder gleich nach der Geburt durch Fall, Stoss etc. — festgestellt. Aus Piper's Mitteilungen würde sich ein Prozentsatz von 9% ergeben.

Diesen traumatischen Fällen stehen jene Fälle sehr nahe, in welchen infolge von Wehenschwäche, leichterer Beckenenge, Unnachgiebigkeit der mütterlichen Weichteile die Geburt sich sehr in die Länge zieht und zwar keine nennenswerte Zusammendrückung des kindlichen Schädels erfolgt, aber doch die Blutzirkulation des kindlichen Kopfes und damit des Gehirns längere Zeit gestört wird. Bei der ausserordentlichen Empfindlichkeit der Elemente des Nervensystems gegen Zirkulationsstörungen ist eine solche Entstehungsweise der Imbezillität sehr wohl verständlich. So erklärt sich vielleicht auch die allerdings nicht unbestrittene Angabe von Langdon Down u. a., wonach Imbezillität bei Erstgeborenen häufiger sein soll; die soeben angeführten Schädlichkeiten sind zum Teil in der That bei Erstgeburten in höherem Mass vorhanden als bei Zweit-, Drittgeburten etc. Unzweifelhaft ist es auch, dass Kinder, welche scheintodt (asphyktisch) geboren wurden, öfter der Imbezillität

[1]) Vgl. G. Darwin, Journ. of the Statist. Soc. 1875, June; A. Huth, Marriage of near kin. London, 1875. Fraglich ist es auch, ob eine grosse Altersdifferenz der Eltern, bezw. sehr vorgerücktes Lebensalter des Vaters oder der Mutter von Einfluss ist.

[2]) Hierher gehören auch die Verletzungen des Foetus, welche bei Abtreibungsversuchen vorkommen. Howe konstatiert diese Ursache unter 400 Fällen 7 mal mit Sicherheit. (On the causes of idiocy. Edinburg, 1858.)

[3]) Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie, Bd. 49.

[4]) Nicht selten ist übrigens die Geburt auch erschwert, weil infolge einer bereits vor der Geburt eingetretenen Störung der Hirnentwicklung der kindliche Schädel abnorm gross ist.

verfallen als normal geborene Kinder. Dieser asphyktische Zustand bedingt wahrscheinlich an sich gleichfalls Schädigungen des Gehirns.[1])

In Verband hiermit mag auch der populären Meinung gedacht werden, dass schwere Gemütsbewegungen während der Schwangerschaft, namentlich Schrecken, die Intelligenz des Kindes gefährden. Man könnte sich denken, dass die den Schrecken begleitenden Zirkulationsstörungen auch auf den Foetus schädigend einwirken könnten. Indes ist die wissenschaftliche Statistik der Annahme eines solchen Zusammenhangs nicht günstig.[2]) Sehr plausibel ist dagegen, dass insofern anhaltende schwere Gemütsbewegungen der Mutter (Sorge, Kummer) die Hirnentwicklung des Kindes schädigen können, als sie zu einer ungenügenden Ernährung der Mutter und damit des Kindes führen. Ebenso scheinen auch Nervenkrankheiten, welche die Mutter gerade während der Schwangerschaft befallen, (wie z. B. der Veitstanz der Schwangeren),[3]) die geistige Entwicklung in besonderem Mass zu gefährden.

Frühgeburt (z. B. im achten Monat) wird in einzelnen Fällen ebenfalls als Ursache der Imbezillität angeführt. Ich selbst kann die Richtigkeit dieser Angabe auf Grund eigner Beobachtungen bestätigen, muss aber hinzufügen, dass in diesen Fällen relativ oft der Defekt sich in späteren Jahren noch ausgleicht, dass also die Intelligenzentwicklung in diesen Fällen oft mehr als verzögert und nicht als dauernd defekt zu bezeichnen ist. Es steht dies in Einklang mit der Thatsache, dass auch die Bewegungsstörungen dieser frühgeborenen Kinder (sogenannte Little'sche Krankheit im engeren Sinne) sich späterhin oft in überraschender Weise bessern.

Eine ausserordentliche Bedeutung für die Entstehung der Imbezillität haben die Ernährungsstörungen des kindlichen Körpers. Unter diesen kommt weniger die ungenügende Ernährung im allgemeinen[4]) in Betracht als die spezifische Ernährungs- oder Stoffwechselstörung, welche man als Rachitis oder englische Krankheit bezeichnet. Das Wesen dieser Rachitis ist

[1]) Auch nach Erstickungszuständen bei Feuersbrunst hat man Imbezillität beobachtet. Vgl. Bourneville, Recherch. etc. 1892, S. 113.

[2]) Namentlich spricht z. B. auch gegen einen solchen Zusammenhang die Thatsache, dass bei unehelichen Kindern, deren Mütter doch während der Schwangerschaft Affekten in besonders hohem Masse ausgesetzt sind, Imbezillität in den meisten Ländern eher seltener als häufiger ist.

[3]) Ob dies auch für das sogenannte Schwangerschaftserbrechen gilt, ist statistisch noch nicht festgestellt.

[4]) Eine solche dürfte z. B. in denjenigen Fällen vorliegen, in welchen bei Zwillingsgeburten der eine Zwilling viel schwächer entwickelt ist als der andere und späterhin sich als imbezill erweist.

noch wenig aufgeklärt. Sicher ist, dass ungünstige hygienische Verhältnisse im weitesten Sinn — ungenügende Ernährung, schlecht ventilierte, kalte, feuchte, enge, dunkle Wohnräume — ihre Entwicklung begünstigen. In der Regel tritt sie vor dem fünften Lebensjahre auf. Durch diese Rachitis u. s. w. wird vor allem in auffälligster Weise das Knochenwachstum gestört. Unter anderem zeigen die Schädelknochen ausgesprochene Abnormitäten. Die Stirn- und Scheitelhöcker springen gewöhnlich stärker vor. Die Stirn ist verbreitert, der Hinterkopf abgeflacht. Statt der normalen Rundungen zeigt der Schädel fast rechtwinklige Konturen (Caput quadratum). Die Fontanellen klaffen abnorm weit, die Nähte sind verbreitert. Bei diesem Befund lag die Annahme nahe, dass durch die abnorme Schädelentwicklung die Hirnentwicklung gestört werde. Sorgfältigere Beobachtungen haben jedoch gelehrt, dass nur sehr selten die abnorme Hirnentwicklung auf eine solche oder andere abnorme Schädelentwicklung zurückzuführen ist.[1]) Vielmehr ist wahrscheinlich, dass die Störung der Hirnentwicklung und die Störung der Schädelentwicklung bei der Rachitis koordinierte Erscheinungen sind, dass also die rachitische Stoffwechselstörung auch direkt die Hirnentwicklung beeinflusst. Entsprechend der sehr schwankenden Häufigkeit der Rachitis findet man, dass auch der Prozentsatz der Rachitis bei der Imbezillität in den einzelnen Ländern sehr verschieden angegeben wird. Während z. B. Piper nur 10 rachitische Fälle (unter 416) gefunden hat, kommt C. Looft auf 19 %.[2]) Fast ebenso hoch ist der Prozentsatz, welchen ich für die hiesige Anstalt und Poliklinik feststellen konnte.

Viel geringere Bedeutung kommt der kindlichen Anaemie (Bleichsucht) zu. Ich entsinne mich keines einzigen Falles, wo ich für eine Idiotie eine schwere Anaemie — ohne sonstige Ernährungsstörungen — mit Sicherheit hätte verantwortlich machen können.

Die schweren allgemeinen Ernährungsstörungen, welche man bei anhaltenden Magen-Darmkatarrhen der Säuglinge findet, können unzweifelhaft in sehr erheblichem Grad die Hirnentwicklung stören (auch wenn sie nicht, wie so häufig, syphilitischen Ursprungs sind) und so ebenfalls zur Entwicklung eines Intelligenzdefekts führen.

Sehr grosse Bedeutung für die Entstehung der Imbezillität kommt der Stoffwechselstörung zu, welche im kindlichen Alter

[1]) Vgl. Pfleger und Pilcz, Beiträge zur Lehre von d. Mikrocephalie. Arbeiten aus d. Instit. für Anat. u Phys., herausgegeben von Obersteiner, H. 5, 1897.

[2]) Klinske og aetiologiske studier over psychiske udviklingsmanger hos born. Bergen, 1897.

infolge von Erkrankungen der Schilddrüse auftritt. Schon lange war bekannt, dass manche Fälle schwerer Imbezillität bezw. Idiotie eine kropfartige Vergrösserung der Schilddrüse zeigen. Diese Fälle sind weiterhin auch durch Zwergwuchs und eigentümliche Hautwulstungen (teils Lipomatose, teils Myxoedem) charakterisiert. Auch treten sie grösstenteils endemisch auf, d. h. dauernd werden unverhältnismässig zahlreiche Fälle in einzelnen bestimmten Gegenden beobachtet, so z. B. namentlich in abgeschlossenen Hochgebirgsthälern der Alpen, der Pyrenäen, der Cordilleren, des Kaukasus und Himalaya, ferner in Franken, in der Rheinpfalz u. s. f. Es hat sich nun ergeben, dass in diesen Fällen, welche man auch als **Cretinismus** bezeichnet, die Erkrankung der Schilddrüse das Primärleiden ist und dass die einer Vergiftung vergleichbare Stoffwechselstörung, welche durch die Erkrankung der Schilddrüse zu Stande kommt, einerseits den Zwergwuchs und die Hautwulstungen und andererseits die Störung der Hirnentwicklung und damit den Intelligenzdefekt bedingt. Die Ursache der Schilddrüsenerkrankung selbst ist noch nicht sicher bekannt; bald hat man sie in der chemischen Zusammensetzung des Trinkwassers, bald in anderweitigen ungünstigen hygienischen Verhältnissen, bald in Mikroorganismen gesucht. Jedenfalls muss es sich um ganz lokale Schädlichkeiten handeln, denn man hat beobachtet, dass gesunde Eltern, welche fern von Gegenden der Endemie normale Kinder gezeugt haben und später wieder zeugen, während eines Aufenthaltes in der Gegend der Endemie Kretinen zeugen. Allerdings kommen andrerseits zuweilen auch typische Fälle von Cretinismus vereinzelt in Gegenden vor, in welchen der Cretinismus nicht endemisch ist.[1]) In diesen Fällen hat man fast ausnahmslos die völlige Abwesenheit der Schilddrüse feststellen können.

Chronische Alkoholvergiftung in den ersten Kinderjahren ist gelegentlich als Ursache der Imbezillität festgestellt worden. So kenne ich Fälle, in welchen Kindermädchen oder Mütter der Milch Branntwein zusetzten, um die schreienden Säug-

[1]) Aus der äusserst umfangreichen Litteratur über die Ursachen des Cretinismus seien hier nur folgende angeführt: Bircher, Der endemische Kropf und seine Beziehungen zur Taubstummheit und zum Cretinismus. Basel, 1883; Kocher, D. Ztschr. f. Chirurgie. 1892; Kratter, Öst. Gesellsch. f. Gesundheitspflege. 1884; Wagner, Jahrb. f. Psychiatrie. 1893 u. 1894. Über den sporadischen Cretinismus, die myxoedematöse Idiotie im engeren Sinne ist namentlich zu vergleichen Bourneville, De l'idiotie avec cachexie pachydermique in Recherches clin. et thér. sur l'épilepsie, l'hystérie et l'idiotie. Vol. X, 1890, ferner die Jahrgänge 1891 u. 1894 derselben Zeitschrift.

linge zu „beruhigen", und letztere an den schwersten Formen der Idiotie erkrankten. Bourneville [1]) hat einen Fall beschrieben, in welchem ein 4-jähriges Kind in dem Wirtshaus seines Grossvaters die Reste aus den Gläsern der Gäste auszutrinken pflegte; in den ersten Lebensjahren war es normal gewesen, nach diesen Exzessen verfiel es in Schwachsinn (mit Epilepsie und halbseitiger Lähmung). In einem anderen Fall [2]) gaben die Gäste dem 3-jährigen Kind des Wirts heimlich Wein zu trinken.

Auch die Syphilis kommt nicht nur hereditär in Betracht, sondern wird zuweilen auch in den ersten Kinderjahren erworben (syphilitische Ammen) und kann dann zu Imbezillität führen.

Viel häufiger spielen die **akuten** Infektionskrankheiten eine entscheidende ätiologische Rolle. So kann ein schwerer Typhus, eine schwere Diphtherie u. s. f. in den ersten 3 Lebensjahren eine bleibende Entwicklungshemmung des Gehirns zur Folge haben.

Endlich sind die sogenannten Herderkrankungen des Gehirns von grosser Bedeutung. Wie unten noch näher auseinandergesetzt werden soll, beruht die Imbezillität als solche auf einer allgemeinen (wie man auch sagt, „diffusen") Erkrankung der Grosshirnrinde in ihrer Gesamtheit. Man beobachtet nun öfters, dass eine solche diffuse Erkrankung von einer Herderkrankung, d. h. einem auf einen kleinen Bezirk des Gehirns beschränkten Krankheitsherd ihren Ausgang nimmt. Herderkrankungen des erwachsenen Gehirns pflegen nur ihre nächste Umgebung in Mitleidenschaft zu ziehen; Herderkrankungen hingegen, welche das kindliche Gehirn vor Abschluss seiner Entwicklung treffen, bedingen in der Regel eine Entwicklungsstörung und Miterkrankung des ganzen Gehirns und bedingen eben dadurch die Entstehung einer Imbezillität. Diese Herderkrankungen selbst können der allerverschiedensten Natur sein. Es kann sich um eine Thrombose, eine Blutung, eine Geschwulst handeln u. s. f. In diesen Fällen wird man also stets zwei Reihen von Symptomen zu erwarten haben, erstens die speziellen Störungen, welche durch die Herderkrankung bedingt sind (z. B. eine halbseitige Lähmung), und zweitens die Symptome des Intelligenzdefekts, welche auf der sekundären allgemeinen Rindenerkrankung beruhen.

Schliesslich ist noch der Hirnhautentzündung (Meningitis) als einer Hauptursache der Imbezillität zu gedenken. Fast alle

[1]) Recherches clin. et thér. etc. Vol. XVII, 1897. S. 207.
[2]) Ebendaselbst Vol. VII, 1887, S. 142.

Formen der Hirnhautentzündung können Anlass zur Entwickelung einer Imbezillität geben. Die eitrigen Formen, also die tuberkulöse Hirnhautentzündung, die epidemische Genickstarre u. s. f., kommen deshalb weniger in Betracht, weil sie in der Regel tödlich endigen. Von grosser Bedeutung ist hingegen die syphilitische Hirnhautentzündung (gummöse Meningitis) und die seröse Hirnhautentzündung.[1]) Bei der letzteren greift die Entzündung oft direkt auf die Grosshirnrinde über; da ferner auch die in die Hirnhöhlen eingefalteten Abschnitte der Hirnhaut an der Entzündung beteiligt sind, kommt es auch zu abnormen Flüssigkeitsansammlungen in den Hirnhöhlen und entsprechenden Ausweitungen der letzteren (Hydrocephalus).

Sehr häufig wirken, wie zum Schluss dieser Auseinandersetzungen bemerkt werden muss, mehrere Ursachen bei dem Zustandekommen der Imbezillität zusammen. Der folgende Fall, welchen ich kürzlich beobachtet habe, mag dieses Zusammenwirken veranschaulichen. Trunksucht des Vaters und neuropathische Heredität, Sorgen der Mutter während der Schwangerschaft und störende Einflüsse während der Geburt haben hier zusammengewirkt, um eine schwere Idiotie hervorzubringen.

Fall 2. Spr... Mädchen, Aufnahme in die Anstalt mit 11 Jahren. Vater Gewohnheitstrinker, ebenso fast alle männlichen Glieder der väterlichen Familie. 2 Kinder einer Schwester des Vaters sind taubstumm, ein drittes stammelt und ist wahrscheinlich schwachsinnig. Die Mutter selbst ist normal, in ihrer Familie sind belastende Krankheiten nicht vorgekommen. Die Patientin ist das 13te unter 14 Kindern. Nach den 14 Geburten hat die Mutter noch einen Abort durchgemacht. 7 Geschwister sind an Gehirnkrankheiten zumeist in früher Jugend gestorben. Ein Bruder war ebenfalls blind und schwachsinnig. 7 Geschwister leben und zeigen folgende Abnormitäten:

a. Wilhelmine, leidet in jeder Schwangerschaft an epileptischen Anfällen; eines ihrer Kinder ist debil und hörstumm, d. h. es hört wohl, vermag aber nicht zu sprechen.
b. Everdina, leidet seit der ersten Schwangerschaft an epileptischen Anfällen, welche jedoch auch oft ausserhalb der Schwangerschaft (also anders als bei der älteren Schwester) auftreten. Eines ihrer Kinder leidet an Epilepsie.

[1]) Vgl. Boenninghaus, Die Meningitis serosa acuta. Wiesbaden, 1897.

c. Johannes, gesund.

d. Adrianus, gesund.

e. Emma, gesund; es fällt nur auf, dass die Periode sich noch nicht eingestellt hat, obwohl das Mädchen über 18 Jahre alt ist.

f. Johanna, leidet viel an Kopfschmerzen.

Die Geburt der Patientin verlief abnorm. Sie zog sich drei Tage hin. Schliesslich musste der Arzt die Wendung ausführen. Während der Schwangerschaft war die Mutter vielen Sorgen und Misshandlungen von seiten des Ehemannes ausgesetzt. Erst am 9. Tag nach der Geburt öffnete das Kind die Augen. In den ersten 7 Lebensmonaten schrie es fast unaufhörlich. Die ersten Zähne erschienen erst im 2. Lebensjahr. Die Fontanellen sprangen auffällig stark vor und schlossen sich erst sehr spät. Zähneknirschen zeigte sich schon im 2. Lebensjahr. Von Geburt an war das Kind fast absolut blind. Mit 3 Jahren begann es zu laufen, mit 4 Jahren einige Worte zu stammeln. Krampfanfälle traten erst im 10. Lebensjahr auf und zwar meist in Serien von 6—10 Anfällen, die sich unmittelbar folgen. Nach Ablauf einer Serie bleibt die Patientin meist 3—5 Wochen anfallfrei. Mit gehäuften Krampfanfällen verbinden sich gewöhnlich auch schwere Erregungszustände: Wühlen, Zerreissen, Schreien u. s. f. Der Intelligenzdefekt entspricht einer mittelschweren Idiotie, doch zeigt Patientin für ihre Pflegerin eine gewisse Anhänglichkeit und erkennt diese und ihre Mutter auch an der Stimme. In motivlosen Zornausbrüchen stürzte sie sich wiederholt mit dem Messer auf ihre Angehörigen. Der Wortschatz beschränkt sich auf: Mutter, Kamm, Puppe etc. (im Ganzen 9 Worte). Die Aussprache ist stammelnd. Die körperliche Untersuchung ergiebt wenig Symptome. Speziell ist der Schädel normal. Die Zähne sind eigentümlich gezackt und gerieft. Der Puls ist verlangsamt. Die Blindheit beruht auf Schwund des Sehnerven.

Sektionsbefunde.

Wie sich bereits aus der Darstellung der Ursachen der Imbezillität ergiebt, wird man auf eine grosse Mannigfaltigkeit der Sektionsbefunde gefasst sein müssen, aber allen Fällen von Imbezillität gemeinsam ist die allgemeine Erkrankung der Grosshirnrinde selbst, deren Intaktheit für die

Intaktheit unserer Intelligenz unerlässlich ist. Insbesondere findet man, dass die Ganglienzellen der Grosshirnrinde schwere Veränderungen zeigen. Ihre Zahl bleibt oft hinter der Norm zurück. Ihre Anordnung in Schichten ist gestört. Viele Ganglienzellen sind unvollkommen entwickelt: ihre Fortsätze sind spärlich und klein u. s. f. Andere Ganglienzellen zeigen sogenannte Degeneration, d. h. Untergang bestimmter charakteristischer Bestandteile. Ebenso zeigen die Assoziationsfasern der Hirnrinde, welche die einzelnen Rindenterritorien untereinander verbinden, Veränderungen. Entweder sind sie grösstenteils garnicht zur Entwicklung gelangt oder krankhaft verändert. Alle diese Störungen entsprechen hinsichtlich ihres Grades und ihrer Ausbreitung dem Grade der Imbezillität.[1])

Ausser diesen wesentlichen, aber nur mikroskopisch nachweisbaren Veränderungen findet man oft auch makroskopische, also mit blossem Auge wahrnehmbare Veränderungen der Grosshirnrinde. So findet man z. B., dass die Furchen, welche die Oberfläche des menschlichen Grosshirns in gesetzmässiger Weise durchziehen, minder zahlreich sind als bei vollsinnigen Individuen oder abnorm verlaufen. Zuweilen kann man geradezu sagen, die Hirnfurchung ist auf dieser oder jener Stufe des Fötallebens stehen geblieben, d. h. man findet z. B. bei einem 15jährigen Idioten eine Furchenanordnung, wie sie der normale Fötus beispielsweise nur im 8. Schwangerschaftsmonat zeigt.

Sehr häufig finden sich auch Hirnhautveränderungen entsprechend den S. 16 berichteten Thatsachen. Auch des sogenannten Hydrocephalus wurde oben bereits gedacht. Diese abnorme Ausweitung der Hirnhöhlen ist übrigens nicht stets auf eine seröse Meningitis zurückzuführen, sondern kommt auch bei nicht-meningitischer Imbezillität vor. Der Druck, den die in den Hirnhöhlen angesammelte Flüssigkeit auf die umgebende Hirnmasse ausübt, kann natürlich seinerseits wiederum störend auf die Hirnentwicklung zurückwirken, und es kommt geradezu zu einem „Druckschwund" der Hirnmasse.

Es ist begreiflich, dass infolge dieser Umstände das Hirngewicht bei Imbezillität meist sehr niedrig ist. So sinkt es in den schwersten Fällen auch bei erwachsenen Idioten[2]) zuweilen

[1]) Ausführliche Belege für diese Sätze findet man z. B in C. Hammarberg, Studien über Klinik und Pathologie der Idiotie. Upsala 1895.

[2]) So betrug das Hirngewicht eines 25jährigen Idioten nach Frigerio (Arch. di psich. 1883) nur 200 Gramm.

bis unter 300 g, während das Gehirngewicht des vollsinnigen erwachsenen Mannes im Mittel 1350 g und dasjenige der vollsinnigen erwachsenen Frau im Mittel 1230 g beträgt.

Durch die Anwesenheit der oben beschriebenen Hirnerkrankungen wird der Sektionsbefund weiterhin modifiziert. Desgleichen kann sich die Gehirnerkrankung mit einer Rückenmarkserkrankung kombinieren.

Sehr oft sind mit den Gehirnveränderungen Schädelabnormitäten verbunden. Bei starker Flüssigkeitsansammlung (1 Liter und noch weit mehr)[1]) in den Hirnhöhlen ist der Schädel gewöhnlich stark vergrössert („Wasserkopf"). Der rachitischen Schädelverbildung wurde oben bereits gedacht. Nicht selten ist auch Mikrocephalie, d. h. eine abnorme Kleinheit des Schädels. Früher war man geneigt anzunehmen, dass der Schädel sich in diesen Fällen zu früh schliesse, daher das Wachstum des Gehirnes hindere und so die Imbezillität hervorrufe. Es hat sich jedoch ergeben, dass auch in diesen Fällen in der Regel die Entwicklungshemmung des Gehirns als der primäre Vorgang zu betrachten ist. In einzelnen, übrigens seltenen Fällen kommt auch eine abnorm frühzeitige Verknöcherung der Schädelnähte vor, welche das Wachstum des Schädels hemmt und abnorme Schädelformen hervorbringt. — Auf die zahlreichen anderen Schädelanomalien, welche man bei der Imbezillität findet, kann hier nicht eingegangen werden.

Symptome.

Ich schildere hier zunächst die Symptome, wie sie ein Imbeziller etwa vom 15. Jahr ab darbietet, und werde erst später die geistige und körperliche Entwicklung des Imbezillen von der Geburt bis zum 15. Jahr näher beschreiben.

a. Psychische Symptome.

Empfindungen.

Das Empfindungsleben des Imbezillen ist relativ noch am wenigsten geschädigt. Bei vielen Imbezillen ist die Hör- und Sehschärfe ungefähr normal. Auch Geschmack und Geruch sind meist gut entwickelt. Auch feine Berührungen werden, wofern man die Aufmerksamkeit des kranken Kindes wecken und fesseln

[1]) Bouchut, Clin. de l'hôp. des enfants malades 1884 fand in einem Fall mehr als 20 Liter.

kann, in der Regel gut gefühlt und leidlich lokalisiert. Die Schmerzempfindlichkeit ist sehr oft erheblich herabgesetzt.

Ausnahmsweise begegnet man auch stärkeren Empfindungsdefekten. So kennt man eine sogenannte amaurotische Idiotie, (d. h. Idiotie mit Blindheit), bei welcher infolge einer Netzhaut-[1]) oder Sehnervenerkrankung, seltener infolge einer Erkrankung der Sehbahnen innerhalb des Gehirnes oder der Sehsphäre,[2]) eine totale oder fast totale Blindheit besteht. Einen der von mir beobachteten Fälle teile ich kurz auszugsweise mit.

Fall 3. A., Knabe, geb. Mai 1897. Eltern gesund, 2 Geschwister gesund. Die Schwangerschaft verlief normal, die Geburt erfolgte rechtzeitig und ohne Komplikationen. Schon bei der Geburt fiel die abnorme Bildung des Kopfes auf. Soxhlet'sche Flaschenernährung. Saugbewegungen sehr mangelhaft. Vom fünften Lebensmonat ab schwere epileptische Krampfanfälle. Schon sehr bald nach der Geburt stellten die Eltern völlige Blindheit fest. Sehr bald stellten sich stundenlang anhaltende automatische Bewegungen ein: Kopfwackeln, Wiegen des Oberkörpers. Sowohl im Wachen wie im Schlaf Zähneknirschen. Sehr unreinlich.

Ich sah das Kind zuerst am 7. März 1900. Der Schädelumfang betrug in der Rieger'schen Grundebene 46 cm. Die Schädelform ist äusserst auffallend. Der Schädel erscheint von beiden Seiten zusammengedrückt und dabei die linke Hälfte gegen die rechte verschoben. Die Stirn springt rechts, der Hinterkopf links stärker vor. Der Hinterkopf ist in seinem unteren, das Kleinhirn beherbergenden Teil, abgesehen von der erwähnten Asymmetrie, gut entwickelt, dagegen in seinem oberen Teil absolut flach. Fontanellen fast geschlossen. Das Brustskelett zeigt ausgeprägte rachitische Symptome. Die Zähne sind im wesentlichen normal. Anderweitige schwerere körperliche Verbildungen (sogenannte Degenerationszeichen) fehlen. Das Kind kann weder gehen noch stehen noch sprechen. Die lautlichen Äusserungen beschränken sich auf unartikuliertes Schreien. Unter den mimischen Äusserungen fehlt das Lachen vollständig. Arme und Beine sind, wie gelegentliche Strampel- und Abwehrbewegungen lehren, nicht gelähmt, doch bleibt bei solchen Bewegungen das rechte Bein sichtlich zurück. Vollständig fehlen die zusammen-

[1]) Z. B. Retinitis pigmentosa.

[2]) Vgl. z. B. Bourneville et Mettetal, Rech. clin. et thér sur l'épil., hystérie et l'idiotie Vol. XVII, 1897, S. 38.

gesetzten Bewegungen des Greifens, Festhaltens usw.; einen in seine Hand gelegten Gegenstand lässt es wieder fallen. Flüssiges vermag das Kind — wie viele schwerimbezille Kinder — schlechter zu schlucken als feste oder breiige Nahrung; Wasser, Milch usw. fliesst meist, bevor es zur Schluckbewegung kommt, wieder aus dem Munde heraus. Auf Anruf usw. reagiert das Kind in fast normaler Weise, auf Lichtreize erfolgt keinerlei Reaktion (Sehnervenschwund). Die Stimmen seiner Angehörigen scheint es von fremden Stimmen zu unterscheiden, dagegen unterscheidet es die Stimme von Vater und Mutter nicht voneinander. Die Schmerzempfindlichkeit ist erhalten. Die Reflexe sind grösstenteils gesteigert. Die Krampfanfälle treten zur Zeit ein- bis zweimal wöchentlich, meist in den Morgenstunden auf. Herz, Lunge usw. durchaus normal.

Die Behandlung war völlig erfolglos.

Diese amaurotische Idiotie tritt zuweilen familial auf, d. h. man findet in einer Familie mehrere idiotische und erblindete Kinder. Die Augenspiegeluntersuchung ergiebt in diesen Fällen meist einen auffälligen Befund: der sogenannte gelbe Fleck, die Macula lutea der Netzhaut erscheint bläulich-weiss, und in ihrer Mitte zeigt sich eine rötliche Stelle. Die Sektion ergiebt ein Oedem der Netzhaut und Schwund der Sehnerven.[1]) Auffällig ist, dass diese familiale Erkrankung vorzugsweise in israelitischen Familien beobachtet worden ist. Über die Ursachen ist fast nichts bekannt.

In analoger Weise kommen ausnahmsweise auch schwere Hördefekte bis zu völliger Taubheit vor. Stets bleibt in diesen Fällen auch die Entwicklung der Sprache aus. Es handelt sich also um taubstumme Idioten.[2]) Die gelegentliche Taubheit bei Imbezillen beruht bald auf einem Schwund der Hörnerven bald auf dem Untergang der cortikalen Hörsphäre bald auf Atresie (Verschluss) des äusseren Gehörgangs usw. Bei Debilen habe ich in einzelnen Fällen auch Überempfindlichkeit gegen Geräusche beobachtet.

---

[1]) Eine eingehendere Beschreibung dieser amaurotischen Familienidiotie (auch Tay-Sachs'sche Idiotie genannt) findet man bei Sachs, Journ. of nerv. and ment. diseases, 1887, Sept.; Kuh, ebenda, 1900, Mai; Patrick, ebenda, 1900, Mai; Jacobi, New-York Med. Mon.schr., 1898; Koplik, Arch. of pediatrics, 1897, Okt.

[2]) Ausdrücklich sei hervorgehoben, dass bei der gewöhnlichen Taubstummheit die Intelligenz meist intakt bleibt.

Sehr wechselnd ist das Verhalten der Empfindlichkeit für Hautreize: Berührung, Stich, Wärme und Kälte. Im Allgemeinen kann man sagen, dass diese Empfindungen zwar herabgesetzt sind, aber selten völlig fehlen. Zuweilen ist die Haut sogar überempfindlich. Namentlich habe ich ein gesteigertes Kitzelgefühl nicht selten auch bei schweren Imbezillen gefunden. Das Schmerzgefühl, also der Gefühlston, welcher starke Berührungsreize (Stiche) und starke Wärme- und Kältereize begleitet, ist meist in auffälliger Weise abgestumpft. Nicht selten findet man eine abnorme Empfindlichkeit einzelner oder aller Wirbel auf Druck.

Abnorme Empfindungen im Sinn von Halluzinationen oder Illusionen sind bei dem angeborenen Schwachsinn sehr selten. Ausnahmsweise habe ich — und zwar nur bei Debilen — vereinzelte Gesichts- und Gehörstäuschungen beobachtet.

Erinnerungsbilder oder Vorstellungen.

Auf dem Gebiet der Erinnerungsbilder oder Vorstellungen liegt eines der Hauptsymptome des Intelligenzdefekts. Der Imbezille ist nicht fähig die Erinnerungsbilder seiner Empfindungen festzuhalten. Man stellt dies Hauptsymptom fest, indem man erstens ein Inventar der bei dem imbezillen Kind zur Zeit der Untersuchung vorhandenen Vorstellungen aufnimmt und zweitens dem imbezillen Kind neue Gegenstände vorlegt und nach angemessenem Zwischenraum untersucht, ob von diesen neuen Empfindungen Erinnerungsbilder zurückgeblieben sind. Der erstere Weg allein ist nicht ausreichend, um den Intelligenzdefekt festzustellen, weil Armut an Vorstellungen zuweilen auch darauf beruht, dass dem Kinde nicht ausgiebige Gelegenheit zu Empfindungen gegeben war (man denke an Individuen wie Kaspar Hauser); der Intelligenzdefekt ist eben dadurch charakterisiert, dass trotz ausgiebiger Gelegenheit zu Empfindungen keine Vorstellungen erworben werden können.

Man beginnt die Untersuchung am besten mit individuellen Vorstellungen. Man stellt also fest, ob das Kind seinen Vater, seine Mutter, seine Geschwister und eventuell andere Angehörige erkennt bezw. unterscheidet, ob es sein Bett, seine Wohnung, seinen Platz am Tisch, seine Kleider, seine Körperteile kennt u. dgl. m. Alle diese Prüfungen haben in zwei Richtungen stattzufinden; erstens zeigt

man den Gegenstand resp. die Person und fragt: was ist das?, und zweitens nennt man den Gegenstand resp. die Person und fragt: welches ist (z. B.) dein Bett, wo ist dein Vater? u. s. f. Bei unentwickelter Sprache und unentwickeltem Sprachverständnis bedarf diese Prüfung besonderer Vorsicht, da die Möglichkeit ins Auge zu fassen ist, dass bei dem Kinde nur die Worte fehlen, aber die Sachvorstellungen wohl vorhanden sind. Man ist in solchen Fällen darauf angewiesen, das Benehmen des Kindes zu beobachten. Man stellt also z. B. fest, ob das Kind Abends sein Bett allein findet, ob es seine Kleider unter denen der Geschwister herausfindet, ob es seinen Eltern gegenüber sich anders benimmt als gegenüber Fremden u. s. f. Bei methodischen derartigen Untersuchungen ergiebt sich, dass bei dem Debilen diese einfachsten individuellen Vorstellungen in normalem Umfang vorhanden sind. Bei dem Imbezillen s. str. lässt sich in der Regel ein Defekt bereits feststellen. Sie kennen zwar meist ihre Kleider, ihre Spielsachen, ihre Wohnung, ihre nächsten Angehörigen, oft auch einige Strassen, aber die Personenkenntnis bleibt doch beschränkt, ihre örtliche Orientierung in Strassen u. s. f. geht nicht über einen bestimmten Kreis hinaus. Bei dem Idioten steigert sich dieser Defekt in den schwersten Fällen bis zur Unfähigkeit irgend welche individuelle Vorstellungen zu erwerben. Es giebt Idioten, die Vater und Mutter zeitlebens nicht von beliebigen Fremden unterscheiden.

Nächst diesen individuellen Vorstellungen kommen die allgemeinen Vorstellungen[1]) in Betracht und zwar zunächst die einfachsten konkreten Vorstellungen. Man zeigt dem Kinde Gegenstände und frägt einerseits: was ist das?, indem man auf einen Gegenstand deutet, und andererseits: wo ist (z. B.) das Messer, indem man dem Kinde unter vielen Gegenständen auch ein Messer vorlegt. Zweckentsprechend, d. h. zur Feststellung des Vorhandenseins von Allgemeinvorstellungen geeignet ist diese Prüfung nur dann, wenn man nicht nur das spezielle Messer, welches das Kind öfters sieht, sondern auch ähnliche andere Messer, welche das Kind noch nicht gesehen hat, zur Prüfung verwendet; denn für die Allgemeinvorstellung ist gerade die Abstraktion von kleinen

[1]) Es bedarf wohl kaum der ausdrücklichen Bemerkung, dass diese Reihenfolge der Untersuchung keineswegs mit der Reihenfolge der Entwicklung der Vorstellungen bei dem normalen Kinde übereinstimmt; sie empfiehlt sich nur durch ihre methodologische Vollständigkeit und Übersichtlichkeit.

Verschiedenheiten wesentlich. Um die Ergebnisse dieser Untersuchung richtig zu beurteilen, ist in zweifelhaften Fällen der Vergleich mit dem durchschnittlichen Besitzstand eines normalen Kindes an Allgemeinvorstellungen unerlässlich. Das hierzu erforderliche Material findet sich, allerdings noch nicht in ausreichendem Mass, in den Schriften von HARTMANN,[1]) HEMPRICH,[2]) BERGMANN,[3]) STANLEY HALL,[4]) SCHOLZ,[5]) JANKE,[6]) SCHUBERT[7]) u. a.

Bei dem Debilen pflegen auch diese konkreten Allgemeinvorstellungen keinen Defekt zu zeigen. Bei dem Imbezillen zeigt sich bereits ein deutlicher Defekt. Leichte Imbezille haben zwar die gewöhnlichen Allgemeinvorstellungen: Tisch, Messer, Rose, Papier u. s. f., hingegen sind sie beispielsweise nicht imstande, Eiche und Buche zu unterscheiden. Das Erinnerungsbild ist nicht scharf genug. Ich habe mir monatelang Mühe gegeben, einem leichten Imbezillen, welcher sich in Gesellschaft bewegt, ohne als imbezill erkannt zu werden, die Form der Eichenblätter und der Buchenblätter einzuprägen: er war nicht imstande, eine scharfe Vorstellung der Blattformen festzuhalten. Bei den schwereren Formen der Imbezillität (s. str.) und bei der Idiotie schrumpft der Besitz an konkreten Allgemeinvorstellungen immer mehr zusammen. Viele Idioten verfügen über keine einzige. Bemerkenswert ist, dass erfahrungsgemäss die Vorstellungen der gewöhnlichen Geldstücke zuweilen auch von schweren Imbezillen leidlich erworben werden.

Besonders wichtig ist des Weiteren die Prüfung derjenigen Allgemeinvorstellungen, welche der Empfindungsqualität eines einzigen Sinnesgebietes entsprechen. Hierher gehören namentlich die Farbenvorstellungen[8]) wie rot, grün, blau u. s. f., ferner Vorstellungen wie süss, bitter, sauer, rauh, glatt, warm, kalt, nass, trocken, hart, weich, schwer, leicht u. s. f. Allen diesen Qualitätenvorstellungen ist namentlich auch die Abstraktion von der räum-

[1]) Die Analyse des kindlichen Gedankenkreises als die naturgemässe Grundlage des ersten Schulunterrichts 1885; 3. Aufl. 1896.
[2]) Schulblatt der Prov. Sachsen. 1896.
[3]) Weimarisches Kirchen- und Schulblatt 1891.
[4]) The contents of children's minds on entering school. 1894.
[5]) Aus d. pädag. Universitätsseminar zu Jena. 1891.
[6]) Kindergarten. 1894.
[7]) Aus d pädag Universitätsseminar zu Jena 1894.
[8]) Litteratur über Farbenempfindungen des normalen Kindes findet sich in meiner ersten Abhandlung über die Ideenassoziation des Kindes, diese Sammlung Bd. I, H. 6, S. 7. Hinzuzufügen ist H. K. WOLFE, The color vocabulary in children, Lincoln, Neb.

lichen Ausdehnung gemeinsam. Für den angeborenen Schwachsinn ist sehr charakteristisch, dass namentlich die Farbenvorstellungen sehr spät und oft überhaupt nicht erworben werden. Ich kenne zahlreiche leicht debile Kinder im Alter von 12—15 Jahren, welche über ansehnliche Schulkenntnisse verfügen, über einfache Gegenstände sich fliessend unterhalten und dabei doch schwere Lücken in der Reihe der Farbenvorstellungen aufweisen. Sie sehen die Farben richtig, sind also nicht farbenblind, aber aus ihren Farbenempfindungen haben sich die Allgemeinvorstellungen Blau, Grau u. s. f. nicht entwickelt. Nur ausnahmsweise kommt es vor, dass bei einem schwerer schwachsinnigen Kind trotz erheblichen Defekts auf anderen Vorstellungsgebieten die Farbenvorstellungen leidlich oder normal entwickelt sind. Dass die Lücken der Farbenvorstellungen bezw. die Farbenverwechslungen des angeborenen Schwachsinns nicht ganz ungesetzmässig sind, mag folgende Zusammenstellung[1]) lehren.

Ma. (11jährig) bezeichnet z. B. rot als grün, schwarz als gelb u. s. f., im Ganzen keine Farbe richtig, und in den Verwechslungen zeigt sich keine Konstanz.

La. (8jährig) bezeichnet meist gelb als rot, grün als gelb, braun als blau, während blau, rot, weiss, schwarz richtig bezeichnet werden.

J. (12jährig) bezeichnet nur braun zuweilen garnicht oder falsch.

Lo. (15jährig) verwechselt nur grau und braun.

Le. (7jährig) verwechselt nur schwarz und braun zuweilen. Auch kam es anfangs vor, dass er einen blauen Gegenstand gelb nannte; er verbesserte sich aber sofort, wenn man einen gelben Gegenstand daneben hielt.

Go. (12jährig) verwechselt nur blau gelegentlich mit hellgrün.

He. (12jährig) bezeichnet grün meist als rot, blau bald als rot, bald als weiss, braun gewöhnlich richtig, grau als weiss.

Be. (8jährig) bezeichnet schwarz in der Regel richtig, grün bald richtig, bald falsch, blau bald als schwarz, bald als gelb, bald als rot; ebenso wird in der Regel rot falsch bezeichnet und zwar bald mit dieser, bald mit jener Farbe verwechselt. Bei regelmässigem Unterricht hat dieser Knabe im Laufe von 1¼ Jahren alle Farbenvorstellungen sich angeeignet.

Ber. (geb. Sept. 1887) bezeichnet im Juli 1898 grün als rot, rot als „bunt". Noch im Juni 1899 wird grün regelmässig zuerst als rot bezeichnet, sagt man ihm, das sei falsch, so giebt er braun an. Im August 1899 wird grün zuerst als rot, dann aber richtig als grün bezeichnet.

De. (17jährig) bezeichnet grau als „gelb, etwas weiss" und hellgrün als gelb.

Li. (6jährig, sporadisches Myxoedem) verwechselt grün und blau.

Ben. (9½jährig) verwechselt nur gelb und braun.

Ze. (10jährig) bezeichnet blau bald als grün, bald als rot, braun als grau, alle anderen Farben richtig.

[1]) Ich habe hier natürlich absichtlich leichtere Fälle ausgewählt.

We. (12jährig) bezeichnet gelb als grün, blau bald als grau, bald als grün, bald als gelb, bald richtig als blau. Alle anderen Farbenbezeichnungen sind richtig.

Vo. (8½jährig) kennt keine Farbe sicher, neigt dazu alle Farben als blau zu bezeichnen.

Weh. (14jährig) verwechselt nur braun und gelb.

Wer. (8jährig) verwechselt blau und grün.

Wah. (12jährig) bezeichnet blau oft als grün, grün oft als blau, braun als gelb, die übrigen Farben richtig.

Wa. (15jährig) bezeichnet nur grau und braun falsch.

Rei. (8jährig) bezeichnet nur grau falsch oder garnicht.

Tr. (8½jährig) bezeichnet nur grün gelegentlich als gelb.

Tre. (14jährig) verwechselt rot und gelb, blau und grau.

Si. (14jährig) verwechselt nur grau und blau.

Schae. (12jährig) verwechselt nur grau und blau.

Reu. (11jährig) bezeichnet nur braun falsch, bald als gelb, bald als grau.

St. (11jährig) bezeichnet anfangs alle Farben falsch und ganz willkürlich, später beschränken sich die Verwechslungen auf gelb, blau und braun; erstere beiden Farben werden meist als grün, braun als rot bezeichnet.

Schn. (7jährig) verwechselt nur öfters braun mit blau und grün mit blau.

Rö. (7jährig) bezeichnet dunkelgrün garnicht, hellgrün als gelb, alle anderen Farben richtig.

No. (13jährig) verwechselt öfters grau und braun, zuweilen auch — wenigstens im ersten Augenblick — grün und blau.

Neu (4jährig; Vater farbenblind) bezeichnet schwarz, weiss, grün, rot und gelb richtig, blau zuerst als rot.

Aus dieser Übersicht, welche ich an dieser Stelle nicht weiter ausdehnen will, ergiebt sich, dass es zunächst schwachsinnige Kinder giebt, welche keinerlei Farbenvorstellung gebildet haben und auch nicht von der Ähnlichkeit der Farben so weit beeinflusst werden, dass sie bestimmte Verwechslungen bevorzugen. Zu diesen „Indifferenten" gehören die meisten Idioten und schwereren Imbezillen. Aus begreiflichen Gründen habe ich nur ein Beispiel aus dieser grossen Klasse hier gegeben (Ma.). In einer zweiten Gruppe findet man, dass das Kind für alle oder für die meisten Farben nur eine Farbenbezeichnung, z. B. blau, braucht oder wenigstens eine Farbenbezeichnung auffällig bevorzugt (vergl. oben das Kind Vo.). Nach meinen Erfahrungen ist in solchen Fällen die dieser einen Farbenbezeichnung entsprechende Farbenvorstellung keineswegs stets besonders gut fixiert, sondern meist handelt es sich um die zufällige überwiegende Geläufigkeit dieses einen Farben**worts**. Eine dritte sehr ausgedehnte Gruppe bilden diejenigen Kinder, welche nur mehr oder weniger ähnliche Farben verwechseln. Am häufigsten sind

solche Verwechslungen zwischen grün, braun, grau und blau. In einer vierten und letzten Gruppe kann man diejenigen Fälle vereinigen, in welchen eine oder zwei Farbenqualitäten ganz regelmässig verkannt, aber nicht etwa mit ähnlichen Farbenqualitäten verwechselt werden. Diese Fälle legen dem Vergleich mit der typischen Farbenblindheit noch am nächsten, unterscheiden sich jedoch von dieser weit dadurch, dass keine gesetzmässigen Verwechslungen nachzuweisen sind.

Kaum weniger wichtig ist die Untersuchung der allgemeinen Raumvorstellungen. Es handelt sich darum, ob das schwachsinnige Kind die Allgemeinvorstellungen: rechts, links, oben, unten, nahe, fern, hoch, niedrig, tief, schmal, lang u. s. f. entwickelt hat. Bei älteren Kindern empfehlen sich auch Fragen wie z. B.: zeigt mir hier an dem Tisch, wie lang ein Meter ist, wie lang dein Fuss ist u. s. f. Im Allgemeinen findet man, dass auch dieser Besitzstand an Raumvorstellungen ebenso wie der Besitzstand an analogen Zeitvorstellungen (lang, kurz, Minute, Stunde, Tag, Nacht, Jahr, Schaltjahr u. s. f.) bei der leichtesten Debilität ungefähr normal ist und gegen die Idiotie hin mehr und mehr zunimmt.

Weiterhin sind die Zahlvorstellungen zu prüfen. Das mechanische Hersagen der Zahlen beweist selbstverständlich nicht, dass auch die entsprechenden Zahlvorstellungen vorhanden sind. Die Prüfung auf letztere hat vielmehr in der Weise zu erfolgen, dass man dem Kinde 4, 5, 6 oder 7 u. s. w. gleichfarbige und gleichgrosse Steinchen vorlegt und frägt: wieviele Steinchen sind das? Erst muss das Kind versuchen ohne Hilfe der Finger, also ohne Anrühren und Deuten — wenn möglich auch ohne Kopf- und Augenbewegungen — zu zählen, und erst, wenn dieses nicht gelingt, darf es die Steinchen der Reihe nach mit dem Finger berühren und so abzählen. Das rein-optische Zählen setzt viel abstraktere Zahlvorstellungen voraus als das optisch-motorische (mit Hilfe von Deutbewegungen) und gelingt daher auch debilen Kindern nicht immer ganz sicher, sobald es sich um Zahlen über 10 handelt. Das optisch-motorische Zählen wie auch das Zählen successiver akustischer Eindrücke glückt auch leicht imbezillen (s. str.) Kindern in der Regel bis zu 6 oder selbst bis zu 10. Schwerimbezille und idiotische Kinder haben meist gar keine Zahlenvorstellungen, oder ihr Zahlenkreis reicht nur bis 2 oder 3. Ergänzt wird diese Prüfung am besten dadurch,

dass man dem schwachsinnigen Kinde einen grössern Haufen Steine z. B. 20 vorlegt und nun sagt: gieb mir 3 Steine, gieb mir 5 Steine u. s. f.

Daran schliesst sich die Untersuchung des Besitzstandes an konkreten Allgemeinvorstellungen höherer Ordnung, wie Blume, Baum, Pflanze, Tier, Mensch. Die Sprache täuscht hier oft einen grösseren Besitzstand von Vorstellungen vor, als er wirklich vorhanden ist. Ich kenne schwachsinnige Kinder, welche das Wort Blume nicht selten brauchen, aber mit dem Wort Blume ausschliesslich die Vorstellung einiger Rosen verbinden, welche sie öfters im Garten gesehen haben. Man muss sich also stets vergewissern, ob das Wort auch von den entsprechenden Speziesvorstellungen begleitet ist. Andererseits darf man zu diesem Zweck nicht etwa logische Definitionen verlangen. Die Allgemeinvorstellungen sind auch bei vielen ganz normalen, vollsinnigen Kindern und Erwachsenen nicht in Form logischer Definitionen vorhanden, diese stellen vielmehr das Produkt einer mühsamen sekundären Zergliederung dar, welcher wir unsere Allgemeinvorstellungen unterwerfen können. Man begnügt sich daher im allgemeinen damit, etwa folgendermassen zu fragen: „nenne mir einige Blumen, Pflanzen u. s. w.!“ „suche mir unter diesen Gegenständen (Blumen, Tiere u. s. w.) alle Blumen heraus!“ und (indem man dem Kinde z. B. nur Blumen vorlegt) „was sind dies alles für Dinge?“ — Den Idioten fehlen in der Regel Allgemeinvorstellungen höherer Ordnung vollständig, bei den Imbezillen s. str. ist ihre Zahl beschränkt, bei den Debilen kann ihre Zahl annähernd normal sein.

Ausdrücklich sei noch bemerkt, dass man zu diesen Untersuchungen am besten zunächst die Gegenstände selbst und erst in zweiter Linie Abbildungen verwendet. Das Erkennen und Subsumieren von Abbildungen gelingt schwachsinnigen Kindern — wofern nicht etwa durch Spiel oder Unterricht gerade die Abbildungen geläufiger geworden sind — stets besonders schwer. Die Abstraktion von der Grösse und von der Tiefendimension, welche zum Erkennen der Abbildung erforderlich ist, gelingt normalen Kindern hier und da schon im Lauf des dritten Lebensjahres, während sie selbst bei der leichtesten Debilität kaum vor dem fünften Lebensjahre ausgeführt wird. Schwerer-Schwachsinnige lernen grösstenteils niemals den wirklichen Gegenstand und seine Abbildung mit derselben Sachvorstellung zu verknüpfen.

Die bis jetzt untersuchten Vorstellungen waren einfach (wie rot, Farbe, süss) oder doch nur wenig zusammengesetzt (Messer, Mensch), insofern sie nur einen Gegenstand bezeichneten. Wertvolle weitere Aufschlüsse über den Intelligenzdefekt des schwachsinnigen Kindes erhält man, wenn man den Besitzstand an kompliziert räumlich und zeitlich zusammengesetzten Vorstellungen ermittelt. So fragt man: „was ist ein Gewitter?" und „wie nennst du das, wenn es donnert und blitzt und regnet und dunkle Wolken am Himmel sind?" Auch bei dieser Prüfung hat man sowohl individuelle wie spezielle wie allgemeine Vorstellungen höherer und niederer Ordnung zu unterscheiden. Vorstellungen, die sich bei der Feststellung des angeborenen Schwachsinns namentlich zu dieser Prüfung eignen, sind: Sommer, Winter usw., Krieg, Stadt, Land, Volk, Konzert, Deutschland, Schule usw.

Während es sich seither um Vorstellungen handelte, deren Objekte dem Kind selbst einmal als Empfindungen gegeben waren, kommen nunmehr Vorstellungen in Betracht, von welchen das Kind nur durch Hörensagen weiss. Hierher gehören die meisten geographischen und historischen Kenntnisse. Im Ganzen lehrt die Erfahrung, dass die Prüfung auf solche Kenntnisse für die Diagnose des angeborenen Schwachsinns weniger wichtig ist, weil die Gelegenheit zum Erwerb solcher Kenntnisse individuell ausserordentlich verschieden ist und oft auch garnicht festzustellen ist, wie weit ein Kind solche Gelegenheit gehabt hat. Beachtenswert ist namentlich, dass Debile oft über einen sehr grossen Schatz sogenannter positiver Kenntnisse verfügen.

Um so wichtiger ist die Prüfung der sogenannten Beziehungsvorstellungen, wie gleich, ähnlich, grösser, kleiner, später, früher, Ursache, Wirkung usw. Meist zeigen auch die Debilen auf diesem Gebiet Defekte. Komparative und Superlative, Nebensätze mit warum, weil, obgleich, damit, wenn usw., Präpositionen wie wegen, trotz usw. kommen in den mündlichen bezw. auch schriftlichen Äusserungen von Idioten und Imbezillen fast niemals (wenigstens nicht sinngemäss) vor. Fragen mit dem Anfangswort warum? werden nicht verstanden usw. So frage ich z. B.: Warum heizt man im Winter? Warum feiert man Weihnachten? Warum habe ich einen Schirm mitgebracht? Nur leichte Debilen verfügen auch über solche Beziehungsvorstellungen fast unbeschränkt.

Durch die Verknüpfung von zusammengesetzten Allgemeinvorstellungen mit Beziehungsvorstellungen bildet der normale

Mensch zahlreiche sogenannte komplexe Vorstellungen. Auf dem Gebiet dieser komplexen Vorstellungen liegt der Vorstellungsdefekt des Debilen. Hierher gehören namentlich auch viele unserer ethischen Vorstellungen. Als besonders geeignet zur Prüfung kann ich Vorstellungen empfehlen wie: Eigentum, Pflicht, Neid, Dankbarkeit, schlecht, gut. Der leichte Debile verfügt allerdings über die Worte „Eigentum", „Pflicht" usw., aber aus der Art und Weise, wie er sie anwendet, ergiebt sich, dass er mit diesen Worten keine adäquaten Vorstellungen verbindet.

Ideenassoziation.

Bei der Bildung zusammengesetzter Vorstellungen ist unsere Ideenassoziation schon allenthalben beteiligt. Es bleibt daher nun nur noch übrig zu untersuchen, wie bei dem schwachsinnigen Kinde die successiven Assoziationen ablaufen, welche nicht zur Bildung einer einheitlichen Vorstellung führen. In den meisten schwereren Fällen ist ceteris paribus die Ideenassoziation verlangsamt, d. h. zu derselben Vorstellungsverknüpfung, welche das gesunde Kind in einer bestimmten Zeit vollzieht, braucht das schwachsinnige Kind erheblich mehr Zeit. Man kann dies z. B. einfach in der Weise feststellen, dass man eine bestimmte Rechenaufgabe im Kopf lösen oder irgend eine andere einfache Frage beantworten lässt. Oft ist die Verlangsamung so erheblich, dass sie ohne weitere Hilfsmittel oder wenigstens schon mit Hilfe der Taschenuhr festgestellt werden kann. Zu genaueren Messungen empfiehlt sich das Münsterberg'sche oder das Hipp'sche Chronoskop; auch den Schumann'schen und den Wundt'schen Chronographen habe ich in neuerer Zeit mit Erfolg verwertet. Beispielsweise führe ich folgende vergleichende Messungen bei 11—13jährigen normalen und schwachsinnigen Kindern an. Bei einem Kinde, welches geistig gut entwickelt war, waren, um zu einer Zahl 1 hinzuzuzählen, also die nächstfolgende zu nennen, im Durchschnitt 116 Hundertstelsekunden[1]) (mittlere Abweichung $= \frac{382}{20} = 19{,}1$) erforderlich. Um zu einer Zahl 2 hinzuzuzählen, also die nachnächste Zahl zu nennen, brauchte dasselbe Kind 184 Hundertstelsekunden (mittlere Abweichung bei 31 Versuchen = 28).

[1]) Diese Zahlen geben die sog. rohe mittlere Assoziationszeit an.

Bei vielen anderen normalen Kindern desselben Alters ergaben sich ähnliche Werte. Je nach Befähigung (innerhalb normaler Grenzen), Interesse und Befangenheit, Ermüdung u. s. w. schwanken die Werte von Individuum zu Individuum resp. bei demselben Individuum zwischen 80 und 160 Hundertstelsekunden für das Nennen der nächsten Zahl und zwischen 120 und 210 Hundertstelsekunden für das Nennen der nachnächsten Zahl. Vergleicht man damit die Befunde bei imbezillen Kindern, so ergiebt sich, dass in leichteren Fällen diese Assoziationszeiten noch im Bereich der soeben angeführten Normalgrenzen[1]) bleiben, während sie in schwereren Fällen weit darüber hinausgehen. So finde ich beispielsweise bei einem Knaben, der an der Grenze von Imbezillität und Debilität steht, der aber doch z. B. über normale Farbenvorstellungen, annähernd normale Zahlvorstellungen bis 100 und einen sehr reichen Wortschatz verfügt, die mittlere rohe Assoziationszeit für das Nennen der nächsten Zahl zu 705 Hundertstelsekunden. Noch unverhältnismässig höher sind die Werte für das Nennen der nachnächsten Zahl. Dabei ist jedoch zu beachten, dass die später zu besprechenden Störungen der Aufmerksamkeit an der Verlangsamung wesentlich beteiligt sind. Es geht dies schon daraus hervor, dass die mittlere Abweichung zuweilen bis auf den exorbitanten Betrag von 300 und mehr Hundertstelsekunden — trotz aller Mahnungen — steigt.

Wählt man statt dieser einfachen Assoziationen kompliziertere, so nehmen natürlich die Werte bei den normalen und bei den schwachsinnigen Kindern zu, aber bei letzteren in unverhältnismässig rascherer Progression. Je komplizierter die Assoziation ist, um so grösser wird die relative Differenz zwischen vollsinnigen und schwachsinnigen Kindern.

Nicht minder beachtenswert sind die Ergebnisse, wenn man die sogenannte freie Ideenassoziation prüft, d. h. wenn man z. B. dem Kinde ein beliebiges Wort wie „Hund", „Rose" u. s. w. zuruft und das Kind auffordert, möglichst rasch anzugeben, welches Wort ihm dabei einfällt. Vergleicht man dann, wie rasch eine bestimmte sinnvolle Assoziation bei dem normalen Kinde und bei dem schwachsinnigen Kinde erfolgt, so sind die Differenzen meist enorm.

[1]) Es bedarf wohl keiner ausdrücklichen Hervorhebung, dass diese Normalgrenzen nicht absolut sind, sondern eben nur für die spezielle Versuchsanordnung, die ich an dieser Stelle im einzelnen nicht erörtern kann, und für die speziellen Schulverhältnisse des Untersuchungsgebiets gelten.

Es wäre nun aber durchaus falsch, anzunehmen, dass die gewöhnliche nicht an bestimmte Aufgaben oder Reizworte geknüpfte spontane Ideenassoziation des schwachsinnigen Kindes stets verlangsamt wäre. Es giebt nicht wenige schwachsinnige Kinder leichten Grades, welche sogar abnorm rasch sprechen, abnorm rasch auch Vorstellung an Vorstellung knüpfen, aber diese ideenflüchtige Geschwätzigkeit mancher schwachsinnigen Kinder ist stets durch die Zusammenhangslosigkeit oder die Monotonie der successiven Vorstellungen gekennzeichnet: sie wird nur durch diese Zusammenhangslosigkeit und Monotonie möglich.

Noch viel wichtiger als die Geschwindigkeitsveränderungen der Ideenassoziation sind die inhaltlichen Störungen, auf welche auch die soeben beschriebenen Versuche bereits mannigfach hinweisen. Bei den Rechenaufgaben drängen sich überall fehlerhafte Antworten ein. Bei den „freien" Assoziationsversuchen fällt auf, dass bald dieselben Antworten stereotyp wiederkehren, bald die Reaktionsvorstellungen in gar keiner Beziehung zu der Reizvorstellung stehen oder nur an den Wortklang anknüpfen. Endlich ist der Mangel bezw. die Armut an Phantasie charakteristisch. Die reiche Ausgestaltung der Individualvorstellungen wird fast ganz vermisst; gerade die rascheren Assoziationen des schwachsinnigen Kindes zeigen meist eine ganz abnorme Unbestimmtheit.

Am schärfsten prägen sich diese inhaltlichen Störungen aus, wenn man von dem schwachsinnigen Kind assoziative Operationen verlangt, die eine kompliziertere Kombination von Urteilen verlangen. So kann man solche Kinder z. B. folgendermassen fragen: „Ich merke mir eine Zahl. Wenn ich 5 hinzuzähle (bezw. abziehe, bezw. mit 5 multipliziere, dividiere), giebt es 15. Welche Zahl habe ich mir gemerkt?" Selbst debile Kinder scheitern oft an solchen Aufgaben. Hierher gehört auch die Thatsache, dass leicht debile Kinder oft lernen selbst komplizierte Rechenoperationen (Wurzelausziehen) nach einem bestimmten Schema richtig auszuführen, dagegen trotz jahrelanger (buchstäblichst) Bemühungen ihrer Lehrer nicht im Stande sind, den Sinn und die Gründe ihres Rechenverfahrens zu begreifen. Beweise für geometrische Lehrsätze lernt ein leicht debiles Kind wohl auswendig, aber den Gang und Zusammenhang des Beweises lernt es nicht verstehen. Ganz ähnlich verhält es sich auch mit Erzählungen, z. B. Märchen, historischen Darstellungen, eigenen Erlebnissen. Der Idiot vermag solche überhaupt nicht zu reproduzieren, der Imbezille

reproduziert sie lückenhaft, meist auch erst nach mehrfachem Wiederholen, der Debile reproduziert sie wohl oft leidlich vollständig, aber fasst den Zusammenhang und die Pointe nicht auf.

Folgende stark abgekürzt wiedergegebene Krankengeschichte mag diese Darlegungen noch in einigen Punkten ergänzen.

Fall 5. W., Mädchen, schwer hydrocephalische Idiotin (Schädelumfang 60 ½ cm) mit Paraplegie, jetzt 21jährig. Der Intelligenzzustand ist seit Jahren fast völlig unverändert. Patientin besitzt keine einzige Farbenvorstellung, besonders oft verwechselt sie braun mit rot, gelb mit weiss, grün mit grau, zuweilen jedoch auch blau mit rot. 2 Löffel werden richtig abgezählt, 3 nicht mehr. Geldstücke werden richtig bezeichnet. Die gewöhnlichen Gegenstände des Haushalts werden gleichfalls sofort richtig benannt. Die Abbildung eines ganzen Hundes wird sofort erkannt, dagegen hält sie die sehr naturgetreue Abbildung eines Hundekopfes für ein Mädchen, die Abbildung eines bärtigen Mannes für ein Kind u. s. f. Die Zahl der Monate im Jahr giebt sie auf 21 an und zählt sie folgendermassen auf: April, Juni, September, Januar. Die Wochentage weiss sie nicht zu nennen, erst wenn ich mit Montag beginne, sagt sie alle richtig auf. Die Namen der Personen ihrer Umgebung kennt sie grösstenteils. Sie weiss, dass sie in Utrecht und in der Anstalt ist. Aufgefordert, einige Blumen zu nennen, bringt sie schliesslich nur heraus: Rosen und Dornen. Die einfachsten Linien vermag sie nicht nachzuzeichnen. Sie wird gefragt: Wenn ich meine Uhr hier liegen lasse und niemand sieht's, darfst du sie dann wegnehmen? Sie antwortet sofort: Nein. Auf die weitere Frage: wie nennt man das, wenn man etwas wegnimmt, was einem anderen gehört, findet sie keine Antwort. Als ihr das Wort „stehlen" genannt wird, sagt sie sofort: das ist etwas Hässliches. Eine jugendliche Mitkranke, welche zuweilen onaniert, weist sie häufig in scheltendem Ton zurecht. Den Gebrauch gewöhnlicher Gegenstände (Schlüssel, Streichhölzchen u. s. f.) weiss sie anzugeben. Von einer kleinen, von mir zu diesen Prüfungen oft verwendeten Erzählung („ein Knabe war 12 Jahre alt und wohnte in der Wagenstraat. Die Mutter sagte ihm, er dürfe nicht allein auf die Strasse gehen. Eines Tages war die Mutter ausgegangen. Da lief der Junge doch auf die Strasse. Da kam ein Wagen. Der Junge fiel hin und kam unter die Räder und musste in das Krankenhaus gebracht werden") hat sie nach 3maligem langsamen Vorerzählen nur behalten: der

Knabe lag auf dem Boden und musste ins Krankenhaus. Erst nach 10maligem Vorlesen reproduziert sie wenigstens die Hauptthatsachen richtig.

Wahnvorstellungen.

Bei der unkomplizierten Imbezillität sind Wahnvorstellungen sehr selten. Am häufigsten begegnet man solchen noch bei leichter Debilität. In der Regel handelt es sich dann um hypochondrische Vorstellungen, etwas seltener um Verfolgungsvorstellungen.

So entsinne ich mich schwachsinniger Kinder, welche behaupteten, sie hätten an dieser oder jener Stelle des Körpers ein „Gewächs", oder man habe ihnen Gift eingespritzt u. dgl. m. Auch Grössenvorstellungen kommen andeutungsweise vor, z. B. in den Genitalien schimmere Gold, sie seien von einem hellen Schein umgeben u. ähnl. Alle diese Wahnvorstellungen sind durch ihre dürftige Motivierung, durch ihre geringe Ausgestaltung, durch ihre Zusammenhangslosigkeit und bald durch Flüchtigkeit, bald durch Monotonie ausgezeichnet.

Bei dem leichteren Schwachsinn kommt es zuweilen schon im Kindesalter zur Ausbildung einer chronischen Paranoia, d. h. einer speziell durch Wahnvorstellungen charakterisierten Geistesstörung. Auf diese wird in einem späteren Abschnitt eingegangen werden.

Zwangsvorstellungen.

Als Zwangsvorstellungen bezeichnet man Vorstellungsverknüpfungen, welche ebenso wie die Wahnvorstellungen den Thatsachen nicht entsprechen, sich aber dadurch von den Wahnvorstellungen unterscheiden, dass der Kranke sich der Unrichtigkeit seiner Vorstellungen wenigstens in erheblichem Maasse bewusst bleibt: sie drängen sich dem Kranken wider besseres Wissen und Wollen „zwangsmässig" auf. Es handelt sich um eine abnorme assoziative „Energie" [1]) eine „Überwertigkeit" einzelner Vorstellungsverknüpfungen. Solche Zwangsvorstellungen nun kommen vereinzelt auch bei schwachsinnigen Kindern vor. So glaubte eine meiner Patientinnen seit ihren Kinderjahren alle Gegenstände, welche sie sah, mit der Fingerspitze berühren zu müssen. Sie empfand dies selbst als einen widersinnigen Zwang.

[1]) Vgl. Leitf. d. phys. Psych. 5. Aufl. S. 149.

Ein anderes debiles Kind konnte im Alter von elf Jahren lange Zeit die Vorstellung nicht loswerden, jemand werde ihr etwas auf die Schläfe schreiben. Schon zwei Jahre vorher wurde sie von der Zwangsvorstellung beherrscht, wenn sie irgend einen Gegenstand anrühre, beschmutze sie sich[1]) oder stecke sie sich an. Wie so oft, waren diese Vorstellungen mit einer übertriebenen Pedanterie verbunden: alle Gegenstände auf dem Tisch musste sie parallel hinlegen u. dgl. mehr. Später kam ihr oft der Gedanke, sie müsse diesem oder jenem einen Stein an den Kopf werfen, sie müsse der Lehrerin plötzlich im Unterricht „frech" zurufen, sie müsse sich selbst das Leben nehmen, Brand stiften u. dgl. mehr.

Bei dem Erwachsenen führen diese Zwangsvorstellungen selten zu gefährlichen Handlungen, bei dem Kind und namentlich bei dem debilen Kind kommt das häufiger vor. Das Krankheitsbewusstsein ist bei dem letzteren nicht so ausgeprägt, und hemmende Vorstellungen sind nicht in genügender Zahl und Stärke vorhanden. So hat z. B. das letzterwähnte Mädchen wirklich einmal versucht die Gardinen in Brand zu stecken.

Den Zwangsvorstellungen ist klinisch nahe verwandt auch die Grübel- oder Fragesucht. Auch diese habe ich wiederholt bei schwachsinnigen Kindern beobachtet, am ausgeprägtesten bei einem 16jährigen debilen hereditär-syphilitischen Knaben. Stundenlang erging sich derselbe in zusammenhangslosen, übrigens ziemlich monotonen Fragen. Er war sich selbst des Zwangsmässigen dieses Fragens wohl bewusst. Folgende Proben dieser Fragesucht entlehne ich seiner Krankengeschichte: „Tischlern ist doch gesund? Da kommt doch das Blut in Bewegung? Da bekomme ich doch mehr Appetit, sagt Herr G. Kennen Sie Herrn G.? Solche Stühle möchte ich machen. Welche Hobel gehören dazu? Ist der Puls gut? Bin ich fähig zu lernen? Kann ich Tischler werden?

Aufmerksamkeit.

Unter diesem Namen fasst man meistens einige sehr verschiedene psychische Funktionen zusammen. In Betracht kommt erstens die Weckbarkeit der Aufmerksamkeit. Dabei handelt es sich um die Feststellung der Reizstärke, welche genügt, die

[1]) Diese und die anderen hier erwähnten Zwangsvorstellungen kommen, wie ich schon jetzt ausdrücklich hervorheben will, in ganz ähnlicher Weise noch viel öfter bei nicht debilen Kindern vor.

Aufmerksamkeit zu erregen, d. h. die Anknüpfung von Vorstellungen zu veranlassen. Bei schweren Graden der Imbezillität ist diese Weckbarkeit der Aufmerksamkeit abnorm gering, bei leichten Graden ist sie umgekehrt oft gesteigert. Zweitens ist die anhaltende Einstellung der Aufmerksamkeit, die Konzentrationsfähigkeit auf gegebene Reize in Betracht zu ziehen. Diese sensorielle Konzentrationsfähigkeit ist fast stets herabgesetzt, auch bei den leichtesten Debilen ist sie höchstens normal. Hiervon zu unterscheiden ist die anhaltende Einstellung auf einen zu erwartenden Reiz und die nahe damit verwandte anhaltende Einstellung auf eine Vorstellung oder Vorstellungsgruppe. Diese intellektuelle Konzentrationsfähigkeit ist auch bei der leichtesten Debilität erheblich gestört. Die Schwäche und Armut an Vorstellungen, der Mangel an den Affekten des Interesses u. s. w., soweit sie an Vorstellungen geknüpft sind, und die gesteigerte Weckbarkeit der Aufmerksamkeit durch aktuelle Nebenreize (also die gesteigerte Ablenkbarkeit) wirken bei der Aufhebung der intellektuellen Konzentrationsfähigkeit zusammen. Vergl. P. Sollier, Psychologie de l'idiot et de l'imbécile. Paris 1891. S. 65 ff. Für den Unterricht der Schwachsinnigen und zwar gerade auch in den leichteren Fällen der Debilität liegt hierin das wesentlichste Hindernis.

Gefühlstöne und Affekte.

Die einfachen sensoriellen Gefühlstöne des schwachsinnigen Kindes sind oft annähernd normal entwickelt. Bitterstoffe (Chinin) in stärkerer Konzentration sind von negativen, Süssigkeiten von positiven Gefühlstönen begleitet u. s. f. Indessen kommen auch manche Ausnahmen vor. So habe ich öfters angeboren schwachsinnige Kinder im Pubertätsalter erst Tinctura Asae foetidae und dann verdünntes Rosenwasser (oder umgekehrt) riechen lassen und nicht selten zu hören bekommen, dass beides „ganz gut" rieche. Eine auffällige Steigerung des Kitzelgefühls habe ich ziemlich oft bei Debilen und Imbezillen s. str. gefunden. Dass die Schmerzempfindlichkeit oft abgestumpft ist, wurde oben bereits erwähnt. Die sexuellen Gefühle bleiben bei den schwersten Idioten und namentlich bei den Cretinen gewöhnlich aus. Bei Imbezillen und Debilen sind sie auch oft gesteigert.

Die intellektuellen Gefühlstöne, d. h. die Gefühlstöne der Vorstellungen sind bei dem Schwachsinnigen meist sehr stark

herabgesetzt. Während der gegenwärtige Reiz, wie soeben erwähnt, bei vielen Schwachsinnigen starke Gefühlsäusserungen hervorrufen kann, ist die Erinnerung an stattgehabte Empfindungen und die Vorstellung künftiger Empfindungen meistens auffällig schwach betont. Oft habe ich mich erstaunt, wie gleichgültig Schwachsinnige schon nach einigen Tagen über einen Genuss sprachen, welchen sie im Augenblick des Geniessens sogar mit abnorm lebhaften Gefühlsäusserungen begleitet hatten. Die normale Übertragung der Gefühlstöne von der Empfindung auf die Vorstellung unterbleibt oder ist wenigstens abnorm schwach. Aus dieser Thatsache erklärt sich unter anderem zum Teil die Undankbarkeit vieler Imbezillen, ferner die Fruchtlosigkeit von Strafen und Belohnungen. Oft erinnern sie sich der letzteren noch recht wohl, aber diese Erinnerungen sind nicht von ausreichenden Gefühlstönen begleitet.

Das Affektleben zeigt eine ähnliche Armut wie das Vorstellungsleben. Bei dem tiefststehenden idiotischen Kinde beschränkt es sich in der Regel dauernd auf eine unbestimmte Freude am Glänzenden (Licht, Feuer, blinkendem Metall). Das Lustgefühl der Sättigung und der Durststillung pflegt gleichfalls selten ganz zu fehlen. Vollständig fehlen dagegen auf der tiefsten Stufe noch die Affekte der Freude und Traurigkeit. Beide setzen bereits eine Irradiation[1]) der Gefühlstöne voraus. Für die Freude ist charakteristisch, dass ein Lustgefühl, welches zunächst nur an eine Empfindungsgruppe geknüpft ist, sich zahlreichen Empfindungs- und Vorstellungsgruppen im Sinne der Irradiation mitteilt. Bei der Idiotie kommen solche Irradiationen nicht zu stande. Ebenso kommt bei den schweren Formen des Schwachsinns auch der Affekt der Furcht und Angst selten vor. Auch für diesen fehlen die entsprechenden Irradiationen, und dazu kommt die bereits erörterte Schwäche der intellektuellen Gefühlstöne und oft auch die Unzulänglichkeit der Erinnerungsbilder selbst. Daher weichen tiefstehende Idioten vor der Flamme nicht zurück, so oft sie sich auch verbrannt haben, sie setzen sich der Gefahr des Fallens, des Schneidens, des Überfahrenwerdens u. s. w. blindlings aus u. s. f. Tiefstehende idiotische Kinder haben daher auch kein Lachen und Weinen. Nur Zornaffekte und entsprechende Wutäusserungen kommen gelegentlich vor.

[1]) Vgl. Psychiatrie, S. 16.

Bei mittleren Graden des Schwachsinns ändert sich das Gefühlsleben erheblich. Freude, Trauer, Furcht kommen häufig vor. Eine gewisse Anhänglichkeit gegenüber der Umgebung ist nicht selten. Andrerseits treten auch Zornmütigkeit und Rachsucht stärker hervor. Alle Affekte sind noch relativ einfach, aber lebhaft.

Bei den leichtesten Graden des Schwachsinns,[1]) bei der Debilität, ist die Entwicklungsstörung des Affekts wiederum eine andere. Diese debilen Kinder sind sehr komplizierter Affekte fähig, aber alle diese Affekte tragen den Stempel des Egoismus. Der **ethische** Defekt tritt bei der Debilität in den Vordergrund. Anhänglichkeit an Eltern, Lehrer, Wohlthäter ist äusserst selten. Man darf sich nur bei der Beurteilung dieser Kinder nicht durch gelegentliche wortreiche, selbst überschwängliche Anhänglichkeitsbetheuerungen täuschen lassen. Undankbarkeit, Neid, Schadenfreude und Rachsucht werden selten vermisst. Nachhaltiges Interesse, Pflichtgefühl und Respekt wird man vergebens suchen. Der Sinn für Recht und Unrecht fehlt vollständig. Sehr ausgeprägt ist stets auch der Mangel an Wahrheitsliebe. Zu dem absoluten Egoismus kommt oft auch eine pathologische Eitelkeit und Selbstgefälligkeit. Die Konsequenzen aller dieser ethischen Defekte für die Handlungen des Debilen sollen alsbald besprochen werden.

Die leichtesten Fälle der Debilität hat man, weil der Intelligenzdefekt sehr gering ist und gegenüber dem ethischen Defekt mehr zurücktritt, auch als moral insanity bezeichnet. Auf diese Bezeichnung wird unten noch zurückgekommen.

Handlungen.

Aus den im Vorhergehenden besprochenen intellektuellen und affektiven Krankheitssymptomen ergeben sich mannigfache Abnormitäten des Handelns bei den imbezillen Kindern.

Bei dem Idioten kommen Handlungen im engeren Sinne sehr selten vor. Nur die Essbewegungen könnten zu denselben gerechnet werden. Selbst diese beschränken sich oft auf Kauen und

[1]) Wenn man mit dieser Darstellung die Schilderung Solliers in dem oben erwähnten Buch vergleicht, so ist zu beachten. dass Sollier nicht 3 Stufen (Idiotie, Imbezillität s. str. und Debilität), sondern nur 2 Stufen (Idiotie und Imbezillität) unterscheidet; seine Imbezillität deckt sich im Ganzen mit der Debilität meiner Darstellung.

Schlucken. Das Führen der Nahrung zum Mund gelingt vielen idiotischen Kindern nicht. Bei höherstehenden Idioten kommt auch das Fixieren glänzender Gegenstände vor. Andere stecken alles Greifbare in den Mund. Nur wenige Idioten lernen normal gehen und stehen. Desgleichen sind sie fast niemals an Reinlichkeit zu gewöhnen. Manche idiotische Kinder lernen nicht einmal an der Mutterbrust saugen. Um so stärker sind bei dem Idioten die später nochmals zu erwähnenden automatischen Akte entwickelt: viele wackeln Tag aus Tag ein mit dem Kopf oder wiegen den Rumpf in dieser oder in jener Richtung. Auch eine triebartige, d. h. von irgendwelchen Vorstellungen nicht begleitete Masturbation tritt zuweilen schon im 4. Lebensjahre und selbst noch früher auf. Bei etwas höher stehenden Idioten kommt es später zu bewusster Onanie und zu sexuellen Attentaten auf die Umgebung.

Die Handlungen des Imbezillen sind — im Gegensatz zu denjenigen des Idioten — ziemlich mannigfaltig. Aktuelle Empfindungen werden oft sehr geschickt verwertet. Sehr bezeichnend ist, dass sich zwischen Empfindung und Handlung nur sehr wenige Vorstellungen einschieben. Was man als Überlegung oder Spiel der Motive bezeichnet, fehlt gewöhnlich ganz. Die Handlungen erhalten dadurch den Anstrich des Triebartigen. In hohem Masse werden sie ausserdem durch Nachahmung beeinflusst. Diese Nachahmung ist jedoch meist ganz mechanisch: der Imbezille ahmt nach, lernt aber nichts durch sein Nachahmen, sowenig wie die Felswand, die ein Echo zurückwirft. Fortlaufen von Hause, Landstreichen und Betteln ist bei imbezillen (s. str.) Kindern nicht selten. Infolge gesteigerter sexueller Erregbarkeit geben sich imbezille Schulmädchen nicht selten Männern preis; mitunter locken sie die letzteren geradezu an. Praktisch sehr wichtig ist, dass andererseits imbezille Mädchen zuweilen auch ohne irgendwelchen thatsächlichen Anhalt erzählen, sie seien von Männern vergewaltigt worden. Eine 12-jährige imbezille Patientin erzählte mir z. B., sie sei wiederholt von ihrem eigenen Vater missbraucht worden; ich konnte mit Sicherheit feststellen, dass die Anklage durchaus erfunden war. In anderen Fällen richten sich solche Verleumdungen gegen den Lehrer u. s. f. Es handelt sich dabei nur zum Teil um wissentliche Lügen, zum Teil aber auch um sog. Erinnerungstäuschungen [1]) Die Zornaffekte der

[1]) Vgl. meine Psychiatrie S. 114 ff.

Imbezillen bedingen nicht selten brutale Gewaltthaten. Brandstiftungen durch imbezille Kinder — z. B. wegen Verweigerung eines Almosens — sind oft beobachtet worden. Noch viel häufiger sind Diebstähle, die je nach dem Grad der Imbezillität mit grösserer oder geringerer Raffiniertheit ausgeführt werden.

Der Debile ist sehr komplizierter Überlegungen und daher auch sehr komplizierter Handlungen fähig. Wenn schon der Imbezille zuweilen eine gewisse Schlauheit zeigt, so steigert sich diese bei dem Debilen oft zu einer ausgesprochenen Raffiniertheit. Nicht selten ist er Meister in der Intrigue. Manche haben ein entschiedenes Talent zum Schauspieler. In ihrer Berufsthätigkeit lässt die Qualität der einzelnen Leistung oft nichts zu wünschen übrig. Der Mangel ethischer Begriffe und Gefühle bezeichnet das Betragen des Debilen schon in der frühesten Kindheit. Schon in frühen Lebensjahren fällt auf, dass die Kinder alle Kleider zerreissen, ihre Spielsachen zertrümmern, exzessiv und schamlos onanieren, geradezu geflissentlich sich verunreinigen (auch Kotschmieren und Kotessen sind nicht selten), Tiere und Geschwister quälen, fluchen, schimpfen, lügen und stehlen. Gegen Liebkosungen, Ermahnungen und Strafen sind sie gleich unempfänglich. Zu Gespielen suchen sie sich meist jüngere Kinder aus. Im Spiel fällt ihre Hinterlistigkeit und Bosheit auf. Die sorgfältigste Erziehung wird dieser pathologischen Ungezogenheit nicht Herr. Mit der Pubertät häufen sich die sexuellen Exzesse. Häufig laufen sie aus der Schule oder aus dem Elternhause fort. Durch abgelauschte, auswendig gelernte Phrasen und äussere Routine verdecken sie ihrer Umgebung gegenüber den intellektuellen Defekt oft vollständig. Die weitere Lebensentwicklung hängt nun sehr von der sozialen Stellung ab. Der debile Sohn des Reichen ist niemals regelmässig bei der Arbeit, spielt den Eleganten, ergiebt sich dem Spiel, macht Schulden und vergreift sich gelegentlich auch an der Kasse seines Prinzipals. Der Sohn des Ärmeren verfällt der Vagabondage. Meist gelangt er schon früh auf die Verbrecherlaufbahn, da schon frühe eine rechtliche Befriedigung seiner egoistischen Affekte infolge seiner pekuniären Lage, welche ihm nicht einmal Schulden zu machen gestattet, unmöglich ist. Alkoholexzesse fehlen sehr selten und treten oft schon in frühen Kinderjahren auf.

b. Körperliche Symptome.

Bei der körperlichen Untersuchung imbeziller Kinder fallen auch dem Laien häufig die Entwicklungsstörungen des Knochenskelets, namentlich des Hirnschädels auf. Der letztere zeigt die mannigfachsten Formabweichungen. Die eigentümliche Form des rachitischen Schädels wurde bereits oben (S. 14) beschrieben, ebenso die abnorme Schädelvergrösserung (Cephalonen) bei Hydrocephalie und die abnorme Schädelkleinheit der Mikrocephalen (S. 20). In anderen Fällen bemerkt man eine auffällige Asymmetrie (Schiefheit) des Schädels oder eine abnorme Flachheit des Hinterhauptschädels oder Stirnschädels („fliehende Stirn").

Auch der Gesichtsschädel zeigt oft Abweichungen. So springt z. B. der Unterkiefer abnorm weit vor (Caput progenaeum) oder der die oberen Zähne tragende Teil des Oberkiefers erscheint vorgetrieben (Prognathie) u. dgl. m. Vielfache Veränderungen finden sich namentlich auch am Gaumen.

Liegt Rachitis vor, so findet man meist auch anderweitige charakteristische Veränderungen, so namentlich Verdickungen der Rippen an der Knorpelknochengrenze (sogenannter rachitischer Rosenkranz), kielartiges Vorspringen des Brustbeins (sogenannte Hühnerbrust), Verkrümmung der Wirbelsäule, Verdickungen an den Enden der Unterarm- und Unterschenkelknochen, Verbiegungen der Extremitätenknochen (Säbelbeine) u. a. m. — Des Zwergwuchs[1]) bei Cretinismus wurde bereits S. 15 erwähnt.

Leicht zu konstatieren sind auch die Störungen der Zahnbildung, welche bei vielen imbezillen Kindern vorkommen. A. Sollier[2]) fand bei 91 % aller Imbezillen Anomalien der Bezahnung. Die erste Dentition (das erste Zahnen) ist sehr oft verspätet, selten verfrüht. Die zweite Dentition verspätet sich noch viel öfter (bei 36 % nach A. Sollier). Die Zähne sind oft unregelmässig oder schief gestellt. Nicht selten sind sie auch abnorm klein und durch abnorm grosse Zwischenräume getrennt. Nur die mittleren oberen Schneidezähne sind auffällig oft sehr gross. Überzählige Zähne sind sehr selten, hingegen fehlen nicht selten einzelne Zähne (11 %). Auch die Form der Zähne zeigt oft Abweichungen, wie Riefen, Zacken usw.; die Eckzähne sind nicht

[1]) Mikrocephalie ist keineswegs, wie Gratiolet meinte, stets mit Zwergwuchs verbunden.

[2]) De l'état de la dentition chez les enfants idiots et arriérés. Thèse de doctorat. Paris, 1888.

selten schneidezahnähnlich gebildet. Auffällig oft sind auch kleine Defekte (Erosionen) im Zahnschmelz, welche man fälschlich stets auf Krampfanfälle (Magitot) oder Syphilis (Hutchinson) zurückgeführt hat.

Ungemein häufig, nämlich bei etwa einem Drittel finden sich abnorme Bildungen der Geschlechtsteile.[1]) So bleiben die Hoden oft in der Bauchhöhle oder noch öfter im Leistenkanal liegen (bald ein- bald doppelseitig) oder sie gelangen zwar in den Hodensack, bleiben aber klein und unentwickelt. In anderen Fällen mündet die Harnröhre an einer abnormen Stelle (Hypospadie). Auch abnorme Enge der Vorhaut (Phimose) ist häufiger als bei normalen Kindern. Das Glied ist oft abnorm klein; die Eichel kann dabei relativ gross sein (verge en battant de cloche der französischen Irrenärzte). Die Häufigkeit dieser Anomalien ist deshalb für die Auffassung des Wesens der Imbezillität so wichtg, weil sie beweisen, dass der Imbezillität sehr oft eine schwere allgemeine Entwicklungsstörung des Organismus zu Grunde liegt. Die analogen Missbildungen bei imbezillen Mädchen sind noch nicht eingehend untersucht worden. — Die Geschlechtsreife tritt bei den schweren Formen des Schwachsinns meist, jedoch nicht stets verspätet ein; in einzelnen Fällen bleibt sie ganz aus. Bei den leichteren Formen kann sie zu normaler Zeit oder sogar verfrüht eintreten. Kürzlich habe ich z. B. den äusserst seltenen Fall beobachtet, dass bei einem debilen Kinde im ersten Lebensjahre viermal in vierwöchentlichen Zwischenräumen eine Blutung aus den Genitalien auftrat; dann blieben diese periodischen Blutungen aus, um nochmals im fünften Lebensjahre wiederzukehren.

Die Abnormitäten des äusseren Ohrs, der Behaarung, die oft tief ins Gesicht reicht, der Iris des Auges u. a. m. können an dieser Stelle nicht eingehend besprochen werden. Nur die abnormen Hautveränderungen bei dem endemischen und sporadischen Cretinismus sollen nochmals kurz erwähnt werden (vgl. S. 15). Die Haut ist hier infolge krankhafter Gewebsbildungen (Lipomatose oder Myxoedem) wulstig verdickt. Besonders stark sind diese Wulste meist oberhalb der Schlüsselbeine und in den Achseln. Auch fällt ihre wachsbleiche, zumeist ins Bläuliche gehende Färbung und ihre abnorme Trockenheit auf. Der Leib ist meist stark aufgetrieben („Froschbauch"), häufig findet sich ein Nabelbruch.

[1]) Vgl. hierzu namentlich Bourneville et Sollier, Des anomalies des organes génitaux chez les idiots et les epileptiques. Rech. clin et thér. etc. Vol. VIII, S. 196.

Dazu kommt oft eine abnorme Grösse der Zunge (Makroglosie) und stets eine krankhafte Veränderung der Schilddrüse: bald ist dieselbe kropfig entartet und vergrössert, bald unentwickelt geblieben.

Sehr häufig sind auch Schwellungen der Lymphdrüsen, so namentlich, aber nicht ausschliesslich bei skrophulösen und rachitischen Imbezillen.

Das Nervensystem selbst zeigt in vielen Fällen auffällig wenig körperliche Symptome. Namentlich giebt es viele Debile, welche solche Symptome völlig vermissen lassen. Bei Idioten und Imbezillen findet man dieselben hingegen öfters. Unter den Bewegungsstörungen ist eine Unfähigkeit zu feineren, komplizierteren Bewegungen am häufigsten. Infolge dieser motorischen Ungeschicklichkeit lernen viele imbezille Kinder erst spät sich selbst ankleiden. Das Festhalten und Greifen von Gegenständen wird fast stets später gelernt als von normalen Kindern, oft erst jenseits des 4. Lebensjahres. Ich kenne erwachsene Idioten, welche niemals sicher nach einem Gegenstand zu greifen gelernt haben. Viele imbezille Kinder lernen auch unverhältnismässig spät Rumpf und Kopf aufrecht zu tragen; der Kopf hängt schlaff auf Brust, Schulter oder Rücken herunter. Insbesondere macht sich diese Ungeschicklichkeit zu feineren Bewegungen auch auf dem Gebiete der **Sprache** geltend. Viele Idioten bleiben zeitlebens stumm. Bei den Imbezillen ist nicht nur der Wortschatz entsprechend der Vorstellungsarmut klein, sondern auch die dem Kinde zur Verfügung stehenden Worte werden mangelhaft artikuliert. Diese Störung der Sprechbewegungen wird als Stammeln bezeichnet. Bei dem normalen Kinde hört die inkorrekte (stammelnde) Aussprache in der Regel spätestens im 4. Lebensjahre auf. Bei dem imbezillen (s. str.) Kinde erhält sich das Stammeln oft bis in das schulpflichtige Alter und bleibt zuweilen zeitlebens bestehen. Nur ausnahmsweise betrifft das Stammeln fast alle Buchstaben, meist beschränkt es sich auf einzelne. So wird a meist richtig ausgesprochen, dagegen werden o, u, e und i ab und zu unrein ausgesprochen oder mit einander verwechselt. Noch mangelhafter ist oft die Aussprache der Diphthonge und Umlaute. Die schwersten Störungen zeigen die konsonantischen Sprechbewegungen. Bald gelingt die Aussprache des g und k (Gammacismus) bald die Aussprache des d und t (Deltacismus) bald die Aussprache des s (Sigmatismus) oder r (Rhotacismus) oder l (Lambdacismus) nicht u. s. f. Das imbezille Kind spricht solche

Konsonanten dann entweder undeutlich aus oder lässt sie ganz weg oder ersetzt sie durch solche, die ihm leichter fallen (Paragammacismus, Pararhotacismus u. s. f.). Dieselbe Bewegungsungeschicklichkeit führt auch zu einer Verstümmlung der ganzen Silben und Worte. Komplizierte Buchstabenverbindungen werden durch einfachere ersetzt oder in kaum beschreiblicher Weise „verschliffen". In längeren Worten werden Silben weggelassen, seltener umgestellt. Nicht selten ist übrigens das Stammeln der imbezillen Kinder, namentlich soweit es sich auf einzelne Buchstaben bezieht, nicht allein durch die Hirnkrankheit, sondern auch durch Missbildungen der äusseren Sprachwerkzeuge (Gaumen, Zunge u. s. w.) bedingt. — Viel seltener ist bei imbezillen Kindern Stottern. Bei debilen Kindern fehlt oft jede Sprachstörung.

Neben der soeben beschriebenen Unfähigkeit zu feineren Bewegungen finde ich am häufigsten eine „Instabilität" der Bewegungen, welche an Veitstanz (Chorea) erinnert,[1]) mit diesem jedoch nichts zu thun hat; man kann sie daher als choreiforme (veitstanzähnliche) Instabilität bezeichnen. Oft tritt sie schon bei völliger Ruhe, d. h. auch dann, wenn das Kind gar keine willkürliche Bewegung ausführt, zu tage. Man sieht, dass motivlos bald diese bald jene Extremität eine zwecklose Bewegung ausführt. Auch die Gesichtsmuskeln sind zuweilen beteiligt; man hat dann den Eindruck eines eigenartigen Grimassierens.[2]) Stärker prägt sich diese Instabilität noch aus, wenn man das Kind auffordert, ruhig eine bestimmte Schwebehaltung einzunehmen, z. B. den Arm frei auszustrecken und die Finger zu spreizen. Viele imbezille Kinder sind hierzu durchaus nicht imstande: unwillkürlich treten Beugungen, Streckungen, Seitenbewegungen der Finger und andere choreiforme Zwischenbewegungen ein. Umgekehrt pflegen diese unwillkürlichen Zwischenbewegungen — im Gegensatz zum gewöhnlichen Veitstanz — nachzulassen, sobald die Kinder nach einem Gegendstand greifen, spielen u. s. f.

Fast ebenso häufig ist bei imbezillen Kindern eine andere Bewegungsstörung, welche man als einen krankhaft gesteigerten Bewegungsdrang (motorische Agitation) bezeichnen kann. Man

[1]) In seltenen Fällen kommt bei Imbezillität auch ein echter Veitstanz als vorübergehende Komplikation vor.

[2]) Entfernt verwandt sind hiermit die Fälle der sogenannten Maladie des tics (Guinonschen Krankheit), bei welcher sich dies Grimassieren mit einem unwillkürlichen Nachsprechen gehörter Worte (Echolalie) und zwangsmässigem Aussprechen unfläthiger Worte (Koprolalie) verbinden kann.

beobachtet nämlich, dass nicht wenige imbezille (s. str.) Kinder (seltener idiotische und debile) eine allgemeine Bewegungsunruhe zeigen: sie sitzen fast niemals still, bleiben nicht ruhig stehen, laufen bald hier- bald dorthin, betasten alles, schwatzen unaufhörlich u. dgl. m. Oft ist der Schlaf auch schwer gestört. Solche Zustände treten bald ganz vorübergehend auf, bald halten sie Monate und selbst Jahre an. Früher hat man solche Fälle oft auch als „agitierten Schwachsinn" bezeichnet. Ausnahmsweise steigert sich diese motorische Erregung zu ausgesprochener Tobsucht mit Schreien, Zerreissen, Zertrümmern, Schlagen, Beissen, Kotschmieren u. a. m. Ich kenne imbezille Kinder, welche einen monatelangen Zustand einer solchen tobsüchtigen Erregung durchgemacht haben, sich dann beruhigten und relativ bildungsfähig erwiesen. In anderen Fällen beschränkt sich der abnorme Bewegungsdrang auf einzelne automatische Gewohnheitsbewegungen wie Scheuern, Kratzen, Ausreissen der Haare, Reiben, Saug-[1]) und Schmatzbewegungen der Lippen, Wackeln mit Kopf und Rumpf und Ähnliches.

Im grössten Gegensatz zu diesem krankhaften Bewegungsdrang steht die Trägheit und Langsamkeit aller Bewegungen, wie sie am ausgeprägtesten bei den meisten Cretinen auftritt. Sie erstreckt sich hier oft auch auf die allereinfachsten Bewegungen wie Kauen, Schlucken u. s. w.

Ganz anders als die seither betrachteten Bewegungsstörungen sind die Lähmungen aufzufassen, welche den angeborenen Schwachsinn oft begleiten. Am häufigsten ist unter diesen Lähmungen die sogenannte Hemiplegie oder Halbseitenlähmung, d. h. die Lähmung der Extremitäten und oft auch der Mund- und Zungenmuskeln einer Körperhälfte. Der Ursprung dieser Halbseitenlähmungen wurde bereits S. 16 angedeutet. Sie sind nicht von der dem Schwachsinn zu Grunde liegenden Allgemeinerkrankung der Hirnrinde abhängig, sondern von einer örtlichen speziellen Zerstörung der motorischen Bahnen oder Zentren (einer sogenannten Herderkrankung) in einer Hemisphäre. Der „Herd" ist in der linken Hemisphäre gelegen, wenn die Halbseitenlähmung rechts, in der rechten, wenn die Halbseitenlähmung links besteht. Besserungen kommen vor, Heilungen fast niemals; insbesondere lernen die Kinder nicht mehr feinere, auf die Hand beschränkte

[1]) Namentlich ist ein eigentümliches Saugen an der eigenen Zunge häufig.

Bewegungen auf der gelähmten Seite isoliert auszuführen. Am häufigsten sind solche Halbseitenlähmungen bei derjenigen Imbezillität, welche auf dem Boden der Erbsyphilis oder im Anschluss an akute Infektionskrankeiten sich entwickelt. Die interessanten Einzelsymptome dieser Hemiplegien, welche man auch unter der Bezeichnung „cerebrale Kinderlähmung" zusammenfasst, können hier nicht dargestellt werden. Es sei nur bemerkt, dass in solchen Fällen stets — im Gegensatz zu der Halbseitenlähmung, welche Erwachsene befällt — auch das Wachstum der gelähmten Körperhälfte zurückbleibt: die Knochen auf der gelähmten Seite sind kürzer (oft einschliesslich der Knochen des Gesichtsschädels), und auch die Weichteile, z. B. selbst das Auge, zeigen geringere Dimensionen. Auch stellt sich in den gelähmten Körperteilen gewöhnlich eine sogenannte Kontraktur ein, d. h. Arm und Bein nehmen fast unbeweglich eine bestimmte feste Stellung ein, welche nicht nur der Kranke selbst, sondern auch der Arzt nur mit Mühe und nur in geringem Umfang verändern kann. Im gelähmten Arm herrscht die Beugestellung, im gelähmten Bein die Streckstellung vor.[1]) Rechtsseitige Lähmungen sind gelegentlich von totalem Sprachverlust (motorischer Aphasie) begleitet.

Etwas seltener sind Lähmungen beider Beine, sogenannte Paraplegien. Man findet sie namentlich bei der S. 13 bezw. S. 12 erwähnten Imbezillität infolge von Frühgeburt und infolge von Verletzungen des Gehirns während der Geburt. Sehr selten kommt bei imbezillen Kindern die Lähmung einer Extremität, z. B. eines Beines vor. So behandle ich jetzt z. B. ein imbezilles Kind, dessen rechtes Bein fast vollständig gelähmt ist; die Mutter hat während der Schwangerschaft einen schweren Sturz von einer Treppe herab gethan.

Vielfach findet man ausser oder neben den besprochenen Extremitätenlähmungen auch Lähmungen einzelner Gehirnnerven. Dahin gehören z. B. die Augenmuskellähmungen imbeziller Kinder, welche sich schon oberflächlich durch Schielen kundgeben.[2])

Die Schliessmuskeln der Blase und des Mastdarms sind relativ selten gelähmt. Die Urin- und Kotverunreinigungen

[1]) Eine Abbildung einer solchen Kontraktur eines Imbezillen findet man z. B. in meiner Psychiatrie Fig. 8.

[2]) Genauere Angaben finden sich z. B. bei Koenig, Verhalten der Hirnnerven bei cerebralen Kinderlähmungen, Zeitschr. f. klin. Med., Bd. 30, 1896, H. 3 u. 4.

imbeziller Kinder sind meist auf den psychischen Zustand und nicht auf Blasen- und Mastdarmlähmung zu beziehen.

Viel geringeres Interesse als die Lähmungen beanspruchen die Störungen im Gebiet der Empfindungsnerven; die wichtigsten hierher gehörigen Erscheinungen sind bereits unter den psychischen Symptomen aufgeführt worden (vgl. S. 20 ff.).

Um so bedeutsamer ist im Krankheitsbild der Imbezillität eine Komplikation, welche schon wegen ihrer Häufigkeit eine besondere Besprechung erheischt, nämlich das Auftreten epileptischer Anfälle. Mindestens in 50% aller Fälle von Imbezillität im Kindesalter werden solche Anfälle beobachtet. Nicht selten leiten sie die ganze Krankheit ein. So findet man, dass in den Fällen, welche sich an eine Herderkrankung (cerebrale Kinderlähmung) anschliessen, sehr oft mit der halbseitigen Lähmung sich auch Krampfanfälle einstellen. Ebenso ist die Imbezillität bei Meningitis sehr oft von Anfang an von Krampfanfällen begleitet. Jede Form der Imbezilliät kann gelegentlich Krampfanfälle zeigen. Bald treten sie vereinzelt in mehrjährigen Zwischenräumen, bald stark gehäuft auf Für die Eltern, welche die ersten Erscheinungen des Intelligenzdefekts oft übersehen, sind sie häufig das erste Warnungszeichen. Für die Anfälle ist in erster Linie der Bewusstseinsverlust charakteristisch. Der Krampf selbst besteht vorwiegend in einer starken, fast ununterbrochenen („tonischen") Zusammenziehung fast der gesamten Körpermuskulatur; in einem zweiten Stadium des Anfalls treten an Stelle dieses tonischen Krampfes oft einzelne („klonische") Zuckungen. Sehr oft sieht man, dass an einem Tag mehrere Anfälle unmittelbar auf einander folgen, dass hierauf monatelang die Anfälle ausbleiben, und dass dann abermals eine Anfallsserie sich einstellt. Gehäufte Anfälle beschleunigen meist den Verfall der Intelligenz in der augenscheinlichsten Weise.

Ausser solchen schweren epileptischen Anfällen kommen auch vereinzelte Krampferscheinungen ohne Bewusstseinsverlust häufig vor. Hierher ist namentlich das Zähneknirschen zu rechnen, welches bei imbezillen Kindern meist im Schlafe, zuweilen — in schwereren Fällen — auch im Wachen auftritt.

Eigentümliche Reizerscheinungen auf dem Gebiete der vom Willen unabhängigen Nervengebiete sind die abnorm starke Speichelabsonderung (Salivation) bei schweren Idioten, die Neigung zu Erbrechen, das Wiederkäuen[1]) (Rumination oder Merycismus),

[1]) Vgl. Bourneville et Séglas, Rech. clin. et thér. 1884.

die drehenden Bewegungen (Manégebewegungen), welche zuweilen — ähnlich wie z. B. bei Hunden — die Stuhlentleerung begleiten, u. dgl. m. Bei den Cretinen fällt auch die abnorme Geringfügigkeit der Schweissabsonderung auf.

Allgemeiner geistiger und körperlicher Entwicklungsgang in den ersten Lebensjahren. Erkennung der Imbezillität im allgemeinen.

Nach der vorausgegangenen ausführlichen Beschreibung der einzelnen Symptome genügt hier eine kurze Übersicht. Bei der Geburt bemerken die Eltern oft bereits, dass der Schädel abnorm klein oder abnorm gross ist oder andere Formabweichungen zeigt. Auch anhaltendes Schreien in den ersten Lebensmonaten kündigt nicht selten Imbezillität an. In der Regel fällt den Eltern zuerst die Verspätung bezw. das Ausbleiben des Gehen- und Sprechenlernens und des Wortverständnisses auf. Bald verzögert sich beides, bald nur das erstere oder das letztere. Aufmerksamen Eltern fällt oft auch die Verzögerung von Greifbewegungen und Affektäusserungen auf. Unverhältnissmässig spät fixiert das imbezille Kind vorgehaltene Gegenstände mit den Augen, noch viel später lernt es Gegenständen, die man in seinem Gesichtsfelde hin und her bewegt, mit dem Blick folgen. Dazu kommt die anhaltende Unreinlichkeit, welche bei dem normalen Kinde spätestens im 3. Lebensjahre verschwinden soll. Das Zurückbleiben der Intelligenzentwicklung wird begreiflicherweise erst von Jahr zu Jahr deutlicher. Die Phantasie- und Verständnislosigkeit bei dem Spielen macht sich schon besonders früh geltend. Bei der Debilität zeigt sich der Defekt schon auffällig früh in der oben geschilderten Weise auf ethischem Gebiet. Weiterhin fallen die Unregelmässigkeiten des Zahnens auf. Aufmerksamen Eltern pflegt oft auch die Thatsache nicht zu entgehen, dass die sogenannten Fontanellen des Schädels sich abnorm spät (nach dem 3. Jahre) schliessen. Der Versuch des Schulunterrichts giebt dann gewöhnlich die definitive Aufklärung, dass ein Intelligenzdefekt vorliegt.

In allen schwereren Fällen genügen diese einfachen Beobachtungen, um den angeborenen Schwachsinn schon früh zu erkennen. Schwierigkeiten ergeben sich nur, wenn es sich um leichtere Formen der Debilität handelt, und diese bedürfen einer

besonderen Besprechung. Vor allem ist die Frage aufzuwerfen 1) wie unterscheidet sich das debile Kind von dem normalen beschränkten, d. h. minder beanlagten Kind? und 2) wie unterscheidet sich das debile Kind, dessen Defekt namentlich auf ethischem Gebiet liegt, von dem normalen moralisch-verkommenen und faulen Kinde?

Bezüglich der ersten Frage muss rückhaltlos zugegeben werden, dass zwischen der krankhaften Debilität und der normalen Beschränktheit die fliessendsten Übergänge vorkommen. Die Natur kennt hier keine scharfe Grenzlinie, nur unser praktisches Bedürfnis hat eine künstliche Grenzlinie gezogen. Die Psychiatrie muss diese Thatsache ebenso anerkennen wie andere ärztliche Disziplinen. Zwischen der krankhaften Bleichsucht und der normalen Blutbeschaffenheit bestehen ebenfalls ganz kontinuierliche Zwischenstufen. Praktisch ergiebt sich also nur die Frage, bei welchem Grad des Intelligenzdefekts eine **spezielle** Behandlung notwendig ist. Nur diese Frage wird daher unten besprochen werden.

Die zweite Frage gestattet eine bestimmtere Antwort. Moralische Verkommenheit und Faulheit kommt auch bei Kindern vor, welche durchaus gut beanlagt sind, z. B. auf Grund schlechter Beispiele, mangelhafter oder unzweckmässiger Erziehung und Aufsicht u. s. f. Der ethische Defekt, lediglich für sich betrachtet, kann noch nicht ohne Weiteres als krankhaft bezeichnet werden. Es bedarf behufs Feststellung seiner krankhaften Natur vor allem des Nachweises, dass auch bei besserer Erziehung, besserem Umgang und günstigeren äusseren Umständen ethische Gefühle sich nicht in normaler Weise entwickelt hätten, dass mit anderen Worten bei dem bez. Kinde vermöge seiner Gehirnorganisation ethische Begriffe und Gefühle nicht zur Entwicklung gelangen konnten. Dieser Nachweis wird sich namentlich auf folgende Momente stützen müssen:

1. Bei dem debilen Kinde besteht ausser dem ethischen Defekt stets auch ein intellektueller Defekt (vgl. S. 34 u. 39).[1])

2. Bei dem debilen Kinde zeigt sich der ethische Defekt schon in frühester Kindheit, unabhängig von Verwahrlosung, Verführung u. s. f.

3. Strafen und Belohnungen erweisen sich bei dem debilen Kinde als fast ganz fruchtlos. Verständnis und Gefühl

[1]) Deshalb ist auch die Bezeichnung „moralischer Schwachsinn" unzweckmässig.

für Recht und Unrecht fehlt, daher auch die Abwesenheit jeglicher Reue.

4. Die Debilität ist an bestimmte Ursachen geknüpft, welche gerade wegen dieser praktischen Wichtigkeit für die Unterscheidung von Debilität und moralischer Verkommenheit, S. 9 ff. so ausführlich auseinandergesetzt worden sind. Verwahrlosung, Verführung u. s. f. spielen nur die Rolle eines accidentiellen Moments.

5. Die Debilität ist fast stets auch von diesem oder jenem körperlichen Symptom (vgl. S. 42 ff.) begleitet. Niemals finden sich die oben aufgezählten Symptome alle vereinigt, aber auch fast niemals fehlen sie alle. Ganz besonderes Gewicht ist auf Schädelverbildungen, Lähmungen, epileptische Anfälle und Abnormitäten der Genitalien zu legen

Einteilung der Imbezillität und Erkennung der speziellen Formen der Imbezillität.

Eine provisorische Einteilung der Imbezillität ist bereits zu Eingang dieser Darstellung gegeben worden. Nach dem Grade des Intelligenzdefekts wurde zwischen Idiotie, Imbezillität im engeren Sinne und Debilität unterschieden. Mannigfach hat man eine weitergehende Klassifikation der Formen des angeborenen Schwachsinns versucht. Zum Teil hat man sich dabei auf ein einzelnes, meist noch dazu nebensächliches Symptom gestützt und dementsprechend einen epileptischen, einen hemiplegischen, einen amaurotischen Schwachsinn u. s. f. aufgestellt. Über die Unwissenschaftlichkeit einer solchen Einteilung, bei welcher die spezielle Gestaltung des Hauptsymptoms, des Intelligenzdefekts kaum beachtet wird, ist kein Wort zu verlieren. Mit etwas mehr Berechtigung versuchte man ein ätiologisches, also auf die Krankheitsursachen gegründetes Einteilungsprinzip zu Grunde zu legen. Man sprach daher beispielsweise von syphilitischem, traumatischem, ererbtem Schwachsinn u. s. f. Indes erweist sich auch eine solche Einteilung völlig unhaltbar gegenüber der Thatsache, dass dieselbe Ursache äusserst verschiedene Formen des angeborenen Schwachsinns hervorruft. So findet man z. B. auf Grund der Erbsyphilis einerseits schwere Idiotie, andererseits leichte Debilität; in dem einen Fall ist der „syphilitische Schwachsinn" von einer halbseitigen Lähmung begleitet, in einem anderen nicht, in diesem

finden sich epileptische Anfälle, in jenem nicht u. s. f. Dazu kommt, dass in sehr vielen Fällen mehrere Ursachen zusammenwirken. Viel mehr Aussicht bietet die pathologisch-anatomische, also auf die Sektionsbefunde sich stützende Einteilung, welche Bourneville neuerdings versucht hat.[1]) Wahrscheinlich ist sie berufen, nach entsprechenden Abänderungen dereinst alle anderen Einteilungen zu verdrängen. Vorläufig jedoch sind unsere klinischen Beobachtungen und Sektionsbefunde bei dem angeborenen Schwachsinn noch nicht so zahlreich und sorgfältig, dass wir in den meisten Fällen auf Grund der Symptome schon zu Lebzeiten des Kindes die spezielle Veränderung im Gehirn mit einiger Sicherheit voraussagen könnten. Aus praktischen Gründen wird man daher heute noch meistens auf eine pathologisch-anatomische Diagnose verzichten und eine solche Einteilung der Zukunft vorbehalten müssen.

Bei dieser Sachlage erscheint es am angemessensten, vorläufig die auf die Intensität des Hauptsymptoms, des Intelligenzdefekts sich gründende Einteilung, welche dieser Darstellung zu Beginn zu Grunde gelegt wurde, also die Einteilung in Idiotie, Imbezillität s. str. und Debilität beizubehalten und die Diagnose nur durch Angabe der Hauptursache (z. B. Erbsyphilis oder Fehlen der Schilddrüse etc.) und der Hauptkomplikationen (z. B. Halbseitenlähmung oder Sehnervenschwund etc.) zu vervollständigen.

Es wird sich also nunmehr darum handeln, diese 3 Formen richtig zu unterscheiden. Dabei ist von vornherein zu beachten, dass zwischen Idiotie und Imbezillität und zwischen Imbezillität und Debilität ebenso wenig eine scharfe Grenze zu ziehen ist wie zwischen Debilität und geistiger Gesundheit. Als Massstab ferner für die Einreihung eines Kindes unter die Idioten, Imbezillen oder Debilen darf allein der Intelligenzdefekt als solcher verwendet werden. Es wäre z. B. durchaus falsch, wenn man ein Kind mit

[1]) Comptes rendus du XIII. Congrès internat. de méd. Paris, 1900. Section de Psychiatrie, S. 167 ff. Bourneville unterscheidet: Idiotie méningitique, idiotie meningo-encéphalitique, idiotie congénitale idiopathique (d. h. symptomatique d'un arrêt de développement des circonvolutions sans malformations, mais avec lésions des cellules nerveuses), idiotie symptomatique de sclérose hypertrophique ou tuberéuse, idiotie symptomatique de sclérose atrophique, idiotie hémiplégique on diplégique symptomatique de lésions en foyer, idiotie hydrocéphalique, idiotie myxoedémateuse, idiotie symptomatique d'un arrêt de développement du cerveau avec malformations congénitales und idiotie microcéphalique. B. selbst betrachtet diese Einteilung übrigens noch als provisorisch. Ich bemerke zu derselben noch, dass B. unter Idiotie alle Formen des angeborenen Schwachsinns zusammenfasst.

cerebraler Kinderlähmung wegen dieser Komplikation zu den schwereren Formen rechnen wollte. Man findet bei cerebraler Kinderlähmung die allerverschiedensten Grade des Intelligenzdefekts, von der leichtesten Debilität bis zur schwersten Idiotie. Noch näher liegt der Fehler, die Ausbildung der Sprache als Massstab für den Grad des Schwachsinns zu verwenden. Auch dies würde falsch sein. In vielen Fällen läuft allerdings die Sprachentwickelung der Intelligenzentwickelung parallel, aber es kommen doch nicht wenige Fälle vor, wo dieser Parallelismus gestört ist. Namentlich findet man nicht selten, dass der Intelligenzdefekt relativ unerheblich ist, aber die Sprachentwickelung infolge einer speziellen stärkeren Erkrankung der zur Sprache in Beziehung stehenden Rindenzentren sehr schwer geschädigt ist. Gerade in den letzteren Fällen wird der Intelligenzdefekt leicht überschätzt.

Aber auch, wenn man entsprechend diesen Erfahrungen die Einordnung eines schwachsinnigen Kindes in die Gruppe der Idioten oder Imbezillen oder Debilen ausschliesslich auf den Umfang des Intelligenzdefekts stützt, ergeben sich Schwierigkeiten. Es muss nämlich hier noch ausdrücklich bemerkt werden, dass nicht stets der Intelligenzdefekt bei dem angeborenen Schwachsinn sich gleichmässig über alle geistigen Gebiete erstreckt. Es hängt dies mit der pathologisch-anatomischen Thatsache zusammen, dass die allgemeine Rindenerkrankung, welche dem Intelligenzdefekt zu Grunde liegt, — auch abgesehen von etwaigen gleichzeitigen Herderkrankungen — nicht in gleicher Intensität alle Rindenbezirke befällt. Daher findet man nicht selten bei einem schwachsinnigen Kind neben schweren Defekten auf einem Vorstellungsgebiet ungefähr normale, ausnahmsweise sogar etwas über den Durchschnitt hinausgehende Leistungen auf einem anderen. So ist z. B. Thatsache, dass manche Rechenkünstler, welche in öffentlichen Schaustellungen auftreten, debil sind: dem ausgezeichneten Zahlengedächtnis steht ein unverkennbarer Intelligenzdefekt auf andern Vorstellungsgebieten gegenüber.[1]) In solchen Fällen ungleichmässiger Ausprägung des Intelligensdefekts würde eine Zuordnung zur Idiotie, Imbezillität oder Debilität dem Thatbestand Gewalt anthun. Man verzichtet denn besser auf eine spezielle Diagnose oder stellt vielmehr die Diagnose auf „ungleichmässig ausgebreiteten Schwachsinn".

[1]) Ein geradezu fabelhaftes Wort- und Datumgedächtnis kommt gleichfalls gelegentlich bei Imbezillen vor. Vgl. Norén, Hygiea 1899.

Heilungs- und Besserungsaussichten.

An die Spitze muss der Satz gestellt werden, dass es keinen Fall des angeborenen Schwachsinns giebt, einerlei ob Idiotie, Imbezillität oder Debilität, welcher als absolut besserungsunfähig oder gar als absolut erziehungsunfähig bezeichnet werden könnte. In dieser Beziehung sind auch unter den Ärzten noch mannigfache Vorurteile verbreitet. Dass ausgesprochen organische Läsionen des Gehirns ausnahmsweise selbst eine geniale Entwicklung der Intelligenz zulassen, lehrt das Beispiel von Helmholtz, bei welchem die Gehirnsektion die Residuen hydrocephalischer, auf die früheste Kindheit zurückgehender Veränderungen ergeben hat. Selbstverständlich handelt es sich hier um eine äusserst seltene Ausnahme. Sehr häufig aber sieht man, dass bei geeigneter und rechtzeitiger Behandlung erhebliche Besserungen eintreten, und fast niemals, dass eine geeignete und rechtzeitige Behandlung ganz erfolglos bleibt. Während andere Defektpsychosen, welche später besprochen werden sollen, ausgesprochen progressiv sind, d. h. entsprechend der fortschreitenden Rindenzerstörung zu einer unaufhaltsam fortschreitenden Verblödung führen, bleibt es bei dem angeborenen Schwachsinn selbst im schlimmsten Fall in der Regel bei dem einmal gegebenen Defekte.[1]) Je älter das imbezille Kind wird, um so grösser erscheint allerdings der relative Defekt, d. h. der Defekt im Vergleich zu dem normal sich weiter entwickelnden Kind, aber eine langsame Weiterentwicklung ist doch in der Regel unverkennbar und, was einmal an geistigem Besitz erworben ist und erworben wird, pflegt im allgemeinen erhalten zu bleiben.

Die Besserungsaussichten sind auch etwa keineswegs bei den schwersten Formen stets am ungünstigsten und bei den leichtesten Formen am günstigsten. So bieten z. B. gerade die Fälle leichter Debilität, in welchen der ethische Defekt vorherrscht, oft sehr wenig Aussicht auf Besserung, während bei Imbezillen eine relative Besserung viel öfter erzielt wird.

Sehr bedeutsam für die Besserungsaussichten ist hingegen die Ursache der Imbezillität. Weitaus die günstigste Prognose geben die auf Abwesenheit der Schilddrüse beruhenden Fälle (Cretinismus), wie bei Besprechung der Behandlung sich des Näheren

[1]) Eine Ausnahme bilden jedoch viele syphilitische Fälle (vgl. den Abschnitt über Dementia paralytica), ferner einzelne mit Herderkrankungen komplizierte sowie namentlich die mit epileptischen Anfällen verbundenen Fälle.

ergeben wird. Auch die Prognose der durch Erbsyphilis bedingten Fälle ist, wenn die Krankheit und ihre Ursache rechtzeitig erkannt wird, etwas günstiger als der Durchschnitt aller Fälle; freilich kommen gerade hier auch schwere Rückfälle vor (vgl. S. 54 Anm.). Dasselbe gilt nach meinen Beobachtungen auch von den rachitischen Fällen. Endlich scheinen mir die leichtesten Fälle der hydrocephalischen Imbezillität prognostisch etwas bessere Aussichten zu bieten.

Unter den Komplikationen beeinflussen namentlich die epileptischen Anfälle die Prognose und zwar — bei häufigerer Wiederkehr — in sehr ungünstigem Sinn. Komplikation mit Lähmungen (Hemiplegie, Paraplegie), ist zunächst insofern ungünstig, als gerade diese Fälle oft erst einige Jahre eine Tendenz zu progressiver Zunahme des Defekts zeigen; später zeigen sie sich jedoch gewöhnlich für die Behandlung und Erziehung relativ sehr zugänglich, verausgesetzt, dass die Herderkrankung, welche der Lähmung zugrunde liegt, nicht zu gross ist

Behandlung.

Die Besprechung der Behandlung beschränkt sich an dieser Stelle nur auf die allgemeinsten Prinzipien. Eingehender soll nur die Frage besprochen werden, **wo** imbezille Kinder unterzubringen sind, und wie die Behandlung in denjenigen Fällen auszuführen ist, in welchen das imbezille Kind in seiner Familie und in einer gewöhnlichen Schule bleibt.

Von den Eltern bezw. den Lehrern muss man in erster Linie erwarten, dass sie auf grund der in den vorausgegangenen Darlegungen aufgeführten Merkmale auf die Vermutung einer Geisteskrankheit und zwar speziell einer Imbezillität kommen. Ist diese Vermutung aufgetaucht, so muss unbedingt ein psychiatrisch gebildeter Arzt zugezogen werden, um die definitive Diagnose zu stellen und bei dem Kurplan entscheidend und bei dem Erziehungsplan beratend mitzuwirken.

Weiterhin erhebt sich die Frage, **wo** das Kind behandelt und erzogen werden soll.

Darauf ist zu antworten, dass bei Idioten und Imbezillen s. str. jedenfalls der Aufenthalt in einer Idioten-Anstalt, welche speziell für solche Kranke bestimmt ist, (also nicht in einer gewöhnlichen Irrenanstalt) angezeigt ist. Nur bei sehr günstigen

häuslichen Verhältnissen, welche gestatten, dem Kind eigene mit solchen Kindern vertraute Erzieher oder Erzieherinnen zu halten und mindestens wöchentlich einmal einen in der Behandlung solcher Kinder erfahrenen Arzt zuzuziehen,[1]) würde eventuell eine häusliche Erziehung und Behandlung zulässig sein.

Bei debilen Kindern ist in erster Linie entscheidend, ob ein erheblicher ethischer Defekt vorliegt. Bejahendenfalls ist ebenfalls — abgesehen wiederum von dem Ausnahmefall sehr günstiger häuslicher Verhältnisse (siehe oben und namentlich auch Anm. 1) — ein Anstaltsaufenthalt geboten. Für die debilen Kinder bemittelter Eltern bieten die „ärztlichen Pädagogien" („Anstalten für zurückgebliebene Kinder" usw.) eine geeignete Unterkunft. Für die debilen Kinder unbemittelter Eltern bleibt nur die Aufnahme in eine Idiotenanstalt. Es ist zu wünschen, dass auch für diese Kinder der Armen ärztliche Pädagogien gegründet werden oder in den Idiotenanstalten spezielle Abteilungen für solche leicht-schwachsinnigen Kinder eingerichtet werden.[2]) Die sogenannten Korrektions- oder Besserungsanstalten sind nach meinen Erfahrungen absolut ungeeignet, weil sie viele nicht-kranke, einfach moralisch-verkommene Kinder beherbergen, deren Umgang auf debile Kinder ungünstig wirkt. Wohl aber kommt in einzelnen Fällen bei debilen Kindern mit ethischem Defekt die einzelne Unterbringung bei einem Geistlichen, Lehrer oder Arzt auf dem Lande in Betracht. Ich gebe einer solchen Pensionsbehandlung bei debilen Kindern mit ethischem Defekt dann oft noch den Vorzug vor der Anstaltsbehandlung in einem ärztlichen Pädagogium, wenn der Verkehr mit zahlreichen anderen Kindern ersichtlich ungünstig wirkt und eine ausgeprägte Eigenartigkeit[3]) des Charakters und der Beanlagung eine ganz individuelle Erziehung und Unterweisung erheischt, welche wenigstens nicht in allen Pädagogien ohne weitere Kosten zu ermöglichen ist. Dazu kommt, dass oft auch dem Wunsch der Eltern, welche leider gegen eine Anstaltsbehandlung nicht selten voreingenommen sind, Rechnung getragen werden muss. Unerlässliche Voraussetzung dabei ist, dass der bez. Geistliche, Lehrer oder Arzt mit der

[1]) Eine selbstverständliche, aber leider oft nicht erfüllte Bedingung ist auch die, dass die Eltern sich allen Anordnungen des Erziehers und Arztes bezüglich des Kindes fügen.

[2]) Mit der Gründung solcher Abteilungen würde sich am besten auch eine Namensveränderung der Anstalten verknüpfen, da die Bezeichnung Idiotenanstalt im Publikum vielfach Anstoss erregt.

[3]) So namentlich bei dem ungleichmässig ausgebreiteten Schwachsinn.

Erziehung bezw. Behandlung solcher Kinder vertraut ist und wirklich seine Zeit in ausreichendem Masse zu diesem Zwecke zur Verfügung stellen kann und will.[1])

Bei debilen Kindern ohne ethischen Defekt kann man, wenn die Debilität nicht erheblich ist, versuchen, die Kinder in der Familie zu belassen und auf die öffentliche Schule zu schicken, wofern erstens die Eltern einiges Verständnis für die Behandlung eines solchen Kindes besitzen und zweitens an der öffentlichen Schule sog. Hilfsklassen für schwachbefähigte Kinder vorgesehen sind und auch wirklich unter der Leitung sachverständiger Lehrer[2]) stehen. Ist nur die zweite Bedingung nicht erfüllt, so käme noch die Möglichkeit in Betracht, durch Privatunterricht den öffentlichen Schulunterricht zu ersetzen (nicht etwa zu ergänzen). Der Unterricht in den gewöhnlichen Klassen der öffentlichen Schulen und auch der privaten Erziehungsanstalten ist unter allen Umständen zu verwerfen. Treffen die angegebenen Bedingungen nicht zu, so ist — wie bei den debilen Kindern mit ethischem Defekt — die Unterbringung in einer Anstalt oder in einer Einzelpension auf dem Lande angezeigt.

Die Frage, **wann,** d. h. in welchem Alter die eventuelle Unterbringung in einer Anstalt am zweckmässigsten stattfindet, ist kurz dahin zu beantworten, dass nur bei einer frühzeitigen Aufnahme günstige Ergebnisse zu erwarten sind. Wenn es die Verhältnisse irgend gestatten, sollte spätestens im 4. Lebensjahr das Kind der Anstalt, wofern diese überhaupt notwendig ist, zugeführt werden. Eine ärztliche Behandlung und eine spezielle Anpassung der Erziehung an den Krankheitszustand muss eintreten, sobald das Bestehen der Krankheit erkannt ist. Speziell bietet die ärztliche Behandlung nur dann, wenn sie sehr früh eintritt, erheblichere Aussichten.

Die Behandlung selbst gliedert sich vom praktischen Standpunkt aus in folgende Faktoren:

1) Die Behandlung der Ursachen der Imbezillität; diese Behandlung ist rein-ärztlich und findet innerhalb und ausserhalb der Anstalten in derselben Weise statt.

[1]) Abgeraten habe ich von einer solchen Pensionsbehandlung debiler Kinder mit ethischem Defekt oft auch dann, wenn der bez. Geistliche, Lehrer oder Arzt selbst Kinder hatte, weil eine ungünstige moralische Beeinflussung der letzteren erfahrungsgemäss zu befürchten ist.

[2]) Leider ist dies letztere nicht immer so. Es ist eine unabweisbare Pflicht der Behörden, diesen Lehrern durch Beurlaubungen u. s. w. Gelegenheit zu geben, sich in einer Universität oder einer Anstalt die notwendigen Kenntnisse zu erwerben.

2) Die Behandlung der körperlichen Begleiterscheinungen der Imbezillität, also namentlich der Lähmungen, Krampfanfälle, choreiformen Unruhe u. s. f.; auch diese ist rein-ärztlich und sollte gleichfalls im Wesentlichen innerhalb und ausserhalb der Anstalten in derselben Weise stattfinden.

3) Die ärztlich-erzieherische Behandlung des Intelligenzdefekts selbst in der Anstalt,

und 4) die hiervon in manchen Punkten abweichende ärztlich-erzieherische Behandlung des Intelligenzdefekts ausserhalb einer Anstalt.

Im Folgenden werden diese 4 Faktoren einzeln besprochen werden.

1) Behandlung der Ursachen der Imbezillität.

Da diese rein-ärztlich ist, genügen an dieser Stelle wenige Worte. Bei der Imbezillität syphilitischen Ursprungs ist eine Quecksilber- und Jod-Behandlung unerlässlich. Bei dem Cretinismus, er sei endemisch oder sporadisch, ergiebt die Darreichung von Schilddrüsenpräparaten oft glänzende Resultate. Liegt Rachitis vor, so ist in erster Linie die allgemeine Ernährung durch reichliche Verabreichung von Milch, Eiern, Fleisch, Butter und Gemüsen zu fördern. Aufenthalt in freier Luft, gymnastische Übungen, namentlich solche, welche tiefes Einatmen begünstigen, und sorgfältige Hautpflege spielen in den rachitischen Fällen eine grosse Rolle. Von ausgezeichneter Wirkung sind auch Salzbäder. Unter den Medikamenten ist der Phosphor am wirksamsten. Leberthran, Jod-, Eisen-, Arsen- und Kalkpräparate kommen ebenfalls oft in Betracht. Bei Mikrocephalen hat man durch Operationen (Aussägen eines oder mehrerer Stücke aus dem Schädeldach) dem vermeintlich in seinem Wachstum behinderten Gehirn Raum zu verschaffen versucht; die Voraussetzungen, auf welche sich diese Behandlung stützt, sind unbewiesen (vgl. S. 14 u. 20), die Erfolge sehr gering. In hydrocephalischen Fällen hat man in der verschiedensten Weise versucht, die hydrocephalische Flüssigkeit abzulassen [1]), die Erfahrungen über die definitiven Erfolge dieser Behandlungsmethode sind noch nicht abgeschlossen.

2) Behandlung der körperlichen Begleiterscheinungen.

Diese ist auch für den psychischen Zustand von der grössten Bedeutung. Der speziellen Gefährdung der Intelligenz, welche die

[1]) So schon Lizars vor 80 Jahren (vgl. Froriep's Notizen, Bd. 1, 1822).

epileptischen Anfälle bedingen, wurde oben bereits gedacht. Ebenso ist jede Lähmung auch für die Intelligenzentwicklung von grosser Bedeutung, indem sie die Bethätigungen und damit die Übungsmöglichkeiten für das Vorstellungsleben einschränkt (Zeichnen ! , Schreiben ! u. a. m.). Die enorme Störung, welche die choreiforme Unruhe dem Unterricht und der Erziehung des schwachsinnigen Kindes in den Weg legt, ist jedem Praktiker bekannt. Die ärztliche Behandlung hat hier die dankbarsten Aufgaben. Die Lähmungen sind nach den Regeln der Nervenheilkunde durch Massage, Galvanisation (seltener Faradisation), passive und aktive Gymnastik zu bekämpfen. Gegen die epileptischen Anfälle kommt eine Bromkur oder die sogenannte Flechsigsche Kur oder die Voisinsche Hydrotherapie u. s. f. in Betracht. Gegen die choreiforme Unruhe sind Arzneimittel, hydropathische Einpackungen oder prolongierte Bäder anzuwenden. Zahlreiche andere Indikationen müssen hier übergangen werden.

Über die Diät bemerke ich noch im allgemeinen, dass alle Alkoholika, ferner Kaffee, Thee, starke Bouillon und starke Gewürze bei allen schwachsinnigen Kindern verboten sind.

3) Die ärztlich-erzieherische Behandlung des Intelligenzdefekts selbst in der Anstalt.

Die höchst interessante Geschichte der Entstehung der Anstalten für Schwachsinnige und der Ausbildung einer methodischen ärztlich geleiteten Erziehung muss hier übergangen werden. Es sei nur erwähnt, dass Belhomme, ein Schüler des grossen französischen Irrenarztes Esquirol, im Jahr 1824[1]) zum ersten Mal auf die Notwendigkeit einer systematischen Erziehung der Imbezillen hinwies.[2]) Ferrus richtete 1828 im Bicêtre zu Paris die erste Schwachsinnigenschule ein. 1834 gründete F. Voisin eine spezielle Anstalt für Schwachsinnige, das „Etablissement orthophrénique". Séguin stellte in seinem grossen Werk Hygiène et éducation des idiots i. J. 1846 zum ersten Mal die Hauptprinzipien der Schwachsinnigenerziehung fest. Fast gleichzeitig mit den ersten Bemühungen in Frankreich begann auch in Deutschland die Fürsorge für die Schwachsinnigen. Die erste deutsche Anstalt

[1]) Essai sur l'idiotie, Thèse de Paris, 1824. Diese älteren Arbeiten findet man grösstenteils gesammelt in Bourneville, Recueil de mémoires, notes et observations sur l'idiotie.

[2]) Noch viel älter sind die Bestrebungen von Noguès um die Mitte des 18. Jahrhunderts.

wurde 1828 von dem Salzburger Lehrer Goggenmoos gegründet. Kleinere Idiotenabteilungen waren in einigen Spitälern und Klöstern schon unter Maria Theresia und Joseph II. eingerichtet worden. Um die Mitte des 19. Jahrhunderts folgten die meisten anderen Länder nach.[1]) Für die schwereren Formen existieren jetzt in den meisten Staaten ausreichende Anstalten, dagegen wurde schon oben betont, dass für die leichteren Fälle der Debilität billige staatliche Anstalten noch fast vollständig fehlen.[2]) Hier liegt ein äusserst dringendes Bedürfnis vor. Nicht nur im Interesse der debilen Kinder selbst sind solche Anstalten bezw. Abteilungen für debile Kinder notwendig, sondern auch im Interesse des Staats selbst; denn es ist unzweifelhafte Thatsache, dass gerade die debilen Kinder mangels geeigneter ärztlich-pädagogischer Behandlung später ein ausserordentlich grosses Kontingent zu den Verbrechern, Landstreichern, Prostituierten u. s. f. stellen, und dass viele andere später der Armenpflege zur Last fallen,[3]) die bei rechtzeitiger zweckmässiger Erziehung sehr wohl hätten lernen können in einem einfachen Beruf ihr Brot selbst zu verdienen.

Die Hauptfaktoren der ärztlich geleiteten Anstaltserziehung sind folgende:[4])

1. Ein methodischer Empfindungs- oder Anschauungsunterricht. Dem schwachsinnigen Kind muss entsprechend dem Grad und der Eigenart seines Intelligenzdefekts reichlich Gelegen-

[1]) Eine kurze Zusammenstellung der Hauptdaten habe ich im Handbuch der spez. Therapie, herausgegeb. von Penzoldt und Stintzing, Bd. V, Abt. IX, S. 122 gegeben.

[2]) Auch die staatliche Unterbringung in Einzelpensionen verdient neben der Anstaltspflege in den oben näher bezeichneten Fällen Beachtung. Um die Mitte des Jahrhunderts versprach die sächsische Staatsregierung jedem Lehrer, welcher schwachsinnige Kinder nach der Konfirmation aufnahm und zu einem bestimmten Beruf ausbildete, 30—50 Thlr. (vergl. Glaesche, 2. öffentl. Bericht über die Erziehungsanst. f. blödsinnige Kinder zu Hubertusburg. Leipzig, 1858). Solche Massregeln wären auch heute sehr wünschenswert, nur müsste die Unterbringung erheblich früher erfolgen.

[3]) So hat z. B. Bonhoeffer (Ein Beitrag zur Kenntnis des grossstädtischen Bettel- und Vagabundentums. Berlin, 1900) 404 Bettler und Vagabunden psychiatrisch untersucht. Bei 181 war der soziale Verfall und die Kriminalität vor Abschluss des 25. Lebensjahres, bei 222 nach dem 25. Lebensjahr eingetreten. Angeborener Schwachsinn wurde bei 31 Prozent der ersten und bei 16 Prozent der zweiten Gruppe zweifellos festgestellt. Vgl. auch Ascher, Die Schwachsinnigen als sozialhygienische Aufgabe. Deutsche Vierteljahrschr. f. öff. Gesundheitspflege, 1899.

[4]) Ich beschränke mich bei der Besprechung dieser Hauptfaktoren auf die Hervorhebung einiger methodologisch wichtigen Beispiele. In dem Manuel pratique des méthodes d'enseignement spéciales aux enfants anormaux von Fougeray u. Couëtoux (Paris 1896) und in einzelnen Jahrgängen der Zeitschrift für das Idiotenwesen findet man weitere Ratschläge.

heit zu sorgfältig ausgewählten Empfindungen gegeben werden, d. h. das schwachsinnige Kind muss z. B. die gewöhnlichsten, praktisch wichtigsten Gegenstände und Thätigkeiten oft sehen; es darf nicht dem Zufall überlassen bleiben, ob es dieselben hin und wieder und gemengt mit vielem Unwichtigen zu sehen bekommt.

2. Ein Unterricht in den Vorstellungen und Wortbezeichnungen. Das schwachsinnige Kind muss zuerst die einfachsten Gegenstände sich einprägen und mit dem richtigen Wort (Sprachvorstellung und Sprechbewegung) verbinden lernen. Dieser Unterricht findet so statt, dass dem Kinde ein Gegenstand gezeigt wird. Es muss denselben sehen und betasten. Ist eine Einwirkung auf andere Sinnesorgane möglich (bei den Schlüsseln auf das Gehör durch das Klappern, bei der Rose auf den Geruch durch den Duft, bei dem Zucker durch die Süssigkeit auf den Geschmack usw.), so ist sofort auch diese mit heranzuziehen. Zugleich wird dem Kinde wiederholt das Wort bei dem Gegenstande laut und langsam vorgesagt. Darauf muss es noch in Gegenwart des Gegenstandes das Wort nachsagen. Nachsprechen lassen ohne Gegenwart des Gegenstandes (sogenannte reine Sprachübungen) stiftet bei schwachsinnigen Kindern grossen Schaden. Weiterhin wird die Vorstellung und ihre Wortbezeichnung in der Weise eingeübt, dass zwei, drei und später noch mehr Gegenstände, welche zu den soeben besprochenen Übungen verwendet worden waren, vor das Kind hingelegt werden. Dann nennt man einen der Gegenstände und fordert das Kind auf, denselben zu zeigen und aufzuheben. Dabei muss das Kind das Wort für den Gegenstand nachsprechen. Dann erst geht man dazu über, dass man einen dieser Gegenstände nimmt, dem Kinde vorhält (zum Besehen, Betasten usw.) und frägt: was ist das? Nur diese Reihenfolge der Übungen entspricht den einfachsten psychophysiologischen Gesetzen unserer Vorstellungs- und Sprachentwicklung, und die klinische Erfahrung hat mich unendlich oft überzeugt, dass sie sich praktisch auch am besten bewährt. Man kann sich hiervon sehr leicht Rechenschaft geben, wenn man erst einige Vorstellungen und die zugehörigen Worte auf diesem Wege und dann ebensoviele auf einem anderen Wege einem imbezillen Kinde beizubringen sucht.

Grosse Sorgfalt ist dabei auch auf die Auswahl der Vorstellungen zu verwenden. Man beschränkt sich durchaus auf solche, welche das Kind für die einfachsten Lebensverhältnisse braucht. Darum ist es auch von allergrösster Wichtigkeit, dass für

das schwachsinnige Kind schon sehr früh ein bestimmter Beruf in Aussicht genommen wird. Man wählt dann vor allem auch die für diesen Beruf erforderlichen Vorstellungen. Selbstverständlich ist, dass man von den einfachsten Vorstellungen ausgeht und allmählich zu zusammengesetzten übergeht.

Die ersten Übungen werden mit demselben individuellen Gegenstand (z. B. einem bestimmten Messer) angestellt. Um zu allgemeinen Vorstellungen zu gelangen, zeigt man dem Kinde mehrere sehr ähnliche Gegenstände, die sämtlich unter denselben Begriff fallen. Man kann hier ein wissentliches und ein unwissentliches Verfahren einschlagen. Das erstere besteht darin, dass man dem Kind beispielsweise mehrere ähnliche Messer vorlegt[1]) und bei jedem das Wort Messer wiederholt, dann ausser Messern noch andere Gegenstände auf einem Tisch vor dem Kinde vereinigt und nun sich „ein Messer" oder „die Messer" geben lässt usw. (wie oben). Das unwissentliche Verfahren besteht darin, dass man bei den S. 61 geschilderten Übungen nach einiger Zeit statt eines bestimmten Messers hin und wieder ein ähnliches anderes verwendet, also geradezu eine Verwechslung schon sehr früh provoziert. Welches Verfahren vorteilhafter ist, lässt sich nur praktisch entscheiden.[2]) Trotz vieler Bemühungen bin ich noch nicht zu einem ganz bestimmten Ergebnis gekommen, doch glaube ich nach meinen bisherigen Erfahrungen empfehlen zu können, schon früh mit dem unwissentlichen Verfahren zu beginnen und erst später das wissentliche hinzuzufügen. Je allgemeiner die Vorstellungen, je grösser also die individuellen und speziellen Differenzen sind, um so ausschliesslicher ist das wissentliche Verfahren geboten.[3])

Allergrösstes Gewicht ist unter diesen Allgemeinvorstellungen auf Farben-, Raum- und Zahlvorstellungen zu legen. Man beginnt diese Übungen z. B., wenn es sich um die Farbenvorstellungen handelt, mit vier bis sechs weissen Gegenständen, etwa einem weissen Tuch, einem weissen Papier, einem weissen Zuckerstück

[1]) Das Wort „vorlegen" will ich hier immer in weiterem Sinne brauchen, so dass es alle Sinnesgebiete umfasst, also sich nicht auf „Sehenlassen" beschränkt.

[2]) Ich möchte nochmals hervorheben, dass alle diese Bemerkungen sich nur auf die Unterweisung schwachsinniger Kinder beziehen.

[3]) Bei dieser Gelegenheit will ich noch kurz erwähnen, dass in Ausnahmefällen, auf welche ich hier leider nicht näher eingehen kann, es vorteilhafter ist, die Allgemeinvorstellung oder wenigstens ihre Bezeichnung (also z. B. Blume) vor der Spezialvorstellung bezw. deren Bezeichnung (z. B. Rose) einzuprägen.

und einer weissen Blume. Es müssen Gegenstände sein, mit welchen die vorbesprochenen Übungen schon stattgefunden haben. Man sagt nun bei jedem dieser vier Gegenstände dem schwachsinnigen Kinde nicht nur seine schon eingeübte Bezeichnung, sondern auch das Wort weiss vor. Daneben werden die früheren Übungen fortgesetzt, d. h. das Kind muss beispielsweise ein blaues, rotes und weisses Tuch auf die Aufforderung, „ein Tuch" oder „die Tücher" zu geben, aus einer grösseren Zahl von Gegenständen heraussuchen. Ganz allmählich geht man dann zu der Übung vor: gieb mir das weisse Tuch! und zuletzt legt man das weisse Tuch vor und frägt: wie sieht das Tuch aus? Allmählich werden — natürlich unter fortgesetzten Wiederholungen — die übrigen Hauptfarben hinzugenommen. Es empfiehlt sich, blau, grau und braun zuletzt einzuüben. Bei den weiteren Übungen ist auch das Boyer'sche Farbendomino als Spiel zu empfehlen; dasselbe enthält auf den Steinen statt der verschiedenen Zahlen die Hauptfarben.

In analoger Weise sind auch die Zahlvorstellungen zu üben. Durchaus verpönt ist das mechanische vorstellungslose Hersagen der Zahlen. Am vorteilhaftesten beginnt man nach meinen Erfahrungen in der Weise, dass man dem Kinde fünf oder sechs Gegenstände vorlegt, unter welchen sich zwei gleiche befinden, während alle anderen erheblich verschieden sind, also z. B. ein Messer, ein Tuch, zwei Teller[1]) und einen Stock. Von Anfang an stelle ich die beiden Teller nebeneinander. Nun sage ich dem Kinde vor: ein Messer, ein Tuch, zwei Teller und stelle dabei die Teller aufeinander usw. Auch die Erläuterung ein Teller, „noch" ein Teller oder „auch" ein Teller kann zugefügt werden Dann stelle ich die Teller wieder nebeneinander und lasse das Kind nachsprechen: ein Messer, ein Tuch, zwei Teller und lasse dabei das Kind die Teller aufeinanderstellen, nachdem es entsprechend den zwei Tellern zwei Deutbewegungen ausgeführt hat. Die räumliche Zusammenfassung erleichtert den Erwerb von Zahlenvorstellungen bei schwachsinnigen Kindern ausserordentlich. Der Gebrauch sogenannter Rechenmaschinen usw. ist für diese ersten Zahlübungen nicht zweckmässig. Der weitere Verlauf der Übungen ist folgender. Man fordert nun das Kind, indem man ihm dieselben Gegenstände vorlegt, auf, „die zwei Teller" zu geben. Diese

[1]) Geflissentlich ist zunächst ein Wort gewählt, das in Einzahl und Mehrzahl gleichlautet.

Übung muss sehr lange fortgesetzt werden, meist wird an diesem Punkte zu rasch vorgegangen. Erst wenn man diese Übung sehr oft wiederholt und auch z. B. statt eines Tuchs einmal diesen oder jenen anderen Gegenstand (in einem Exemplar) verwendet hat, nimmt man statt eines Messers zwei Messer, legt also dem Kinde z. B. zwei Messer, ein Tuch, zwei Teller und einen Stock vor und wiederholt die analoge Übung. Dann geht man dazu über, dass man einen dritten und später einen vierten Teller abseits von den beiden zuerst gezeigten Tellern aufstellt und nun bezeichnen lässt: ein Teller, zwei Messer, ein Tuch, zwei Teller, ein Stock. Ganz allmählich gelangt man zu einer Reihe, welche nur aus Tellern besteht, von welchen zwei etwas näher beieinander stehen. Diese lässt man erst abzählen, stets unter Deutbezeichnung: „ein Teller", „ein Teller", „ein Teller" — nun folgen die beiden, dichter beieinander stehenden Teller, welche man nun aufeinander setzt bezw. aufeinander setzen lässt, wobei gesagt und nachgesprochen wird „zwei Teller" usw. Jetzt erst ist das Kind so weit, dass man die Übung beginnen kann: gieb mir zwei Teller! und schliesslich auch dem Kind bald einen bald zwei aufeinander gelegte[1]) Teller vorlegen und fragen kann: wieviel Teller sind das? Nur äusserst langsam erweitert man den Zahlenkreis. Die Schwierigkeiten der Bildung von Zahlvorstellungen ist oft ausserordentlich gross und kann nur von demjenigen gewürdigt werden, welcher selbst oft diesen Zahlenunterricht bei solchen Kindern versucht oder kontroliert hat[2]).

Der Unterricht in den einfachsten Raum- und Zeitvorstellungen hat nach analoger Methode stattzufinden.

Sehr viel Schwierigkeit bieten auch die Beziehungsvorstellungen wie gleich, grösser, kleiner. Jedenfalls soll man erst sehr spät mit der Übung derselben beginnen, man erlebt sonst, wie ich das wiederholt beobachtet habe, die tollste Konfusion zwischen Allgemein-, Zahl- und Beziehungsvorstellungen, welche auch die mühsam erworbenen Allgemein- und Zahlverstellungen wieder zerstört. Am besten prägt man die Beziehungsvorstellungen so ein, dass man sie zunächst für ein Beispiel, z. B. für einen grossen und einen kleinen Teller einübt.

---

[1]) Später lässt man langsam auch dies Hilfsmittel weg.

[2]) Minder vorteilhaft, aber etwas einfacher, ist die von Bourneville beschriebene Methode des Zahlenunterrichts, Rech. clin. et thér. usw. Bd. XIV, 1894, S. VII.

Dabei verwende man erst die Positive gross und klein und erst viel später die Komparative. Sehr langsam nimmt man weitere Beispiele hinzu und kann so schliesslich auch eine allgemeine Beziehungsvorstellung entwickeln.

3. Unterricht in zusammenhängenden Vorstellungsreihen. Einfacher und dem Unterricht des normalen Kindes ähnlicher vollzieht sich die Einübung von zusammenhängenden Vorstellungsreihen. Nacherzählen kleiner Geschichten ist hierzu das beste Mittel. Nur in einer wesentlichen Beziehung ist eine Modifikation dieses Verfahrens bei schwachsinnigen Kindern unerlässlich. Die Phantasievorstellungen des schwachsinnigen Kindes sind zu wenig lebhaft, als dass eine vom Kind nicht erlebte, nicht von Empfindungen begleitete „Geschichte" ohne weiteres reproduziert werden könnte. Eine Vorübung ist unerlässlich. Ich lasse diese so vornehmen, dass man das Kind oder die Kinder etwas erleben lässt, z. B. in den Garten führt, Blumen begiessen usw. lässt und unmittelbar danach das Erlebnis ihnen erst ein- oder mehrmals vorerzählt und sie dann auffordert, es nachzuerzählen. Erst später geht man zur Reproduktion von Phantasievorstellungen über.

Sehr viel später erst darf man zum Rechenunterricht, also zu methodischen Reproduktionen von zusammenhängenden Zahlassoziationen übergehen. Es ist geradezu ein Unfug, wenn auch jetzt noch debile Kinder zuweilen das Einmaleins auswendig lernen und dabei mit den einfachsten Zahlen gar keine Vorstellungen verbinden, also z. B. nicht imstande sind auf Aufforderung aus einer grösseren Zahl von Kugeln drei zu geben oder drei vorgelegte Kugeln richtig zu zählen. Ebenso versteht es sich von selbst, dass Religionsunterricht, Heimatkunde usw. erst dann zulässig sind, wenn das Kind imstande ist mit den Worten, welche es in diesen Fächern hört, auch Vorstellungen zu verbinden. Das mechanische Auswendiglernen von unverstandenen Bibelstellen, Gebeten und Sprüchen, auf welches die Schwachsinnigenlehrer früher oft stolz waren, ist selbstverständlich weder gottgefällig noch von irgend welchem praktischen Wert.

4. Aufmerksamkeitsunterricht. Bei der grossen Bedeutung, welche den Störungen der Aufmerksamkeit im Krankheitsbilde der Imbezillität zukommt, empfehlen sich besondere methodische Übungen der Aufmerksamkeit. Hierzu eignen sich besonders diejenigen Spiele, welche eine stetige Aufmerksamkeit:

ein Zielen[1]), Suchen, Horchen usw. verlangen. Hierher gehören z. B. viele Ballspiele, Schiessen mit Kinderbogen, Kegeln u. dergl. m. Noch wirksamer sind folgende Übungen: man ruft dem Kinde aus einiger Entfernung leise Worte zu, die es nachsprechen muss. Das angespannte Horchen übt gleichfalls die Aufmerksamkeit. Auch die bekannten Spiele, bei welchen auf ein bestimmtes Wort das Kind aufspringen muss, erfüllen denselben Zweck.

In einzelnen übrigens doch ziemlich seltenen Fällen wird die Aufmerksamkeitsstörung imbeziller Kinder noch gesteigert durch eine Behinderung der Nasenatmung[1]) (Schleimhautwucherungen, Polypen usw.). Ausnahmsweise vermag man in solchen Fällen durch eine örtliche Behandlung des Nasenrachenraums die Aufmerksamkeitsstörungen zu bessern.

5. Bewegungsunterricht im weitesten Sinne. Hierzu gehören vor allem gymnastische Übungen und Bewegungsspiele. Die motorische Ungeschicklichkeit vieler schwachsinniger Kinder wird hierdurch am besten bekämpft, ausserdem sind die Bewegungsspiele vorzüglich geeignet, die Aufmerksamkeit und die Geschwindigkeit des Denkens zu üben. Daneben ist es zweckmässig schon frühe die Handfertigkeit in besonderen Unterrichtsstunden zu üben. Diese sollten schon morgens mit dem Ankleiden beginnen („leçons de toilette"). Die grösste Bedeutung aber kommt dem Sprachunterricht zu. Vor allem gilt es hier das Stammeln zu beseitigen, welches den Verkehr des imbezillen Kindes auf das Empfindlichste stört und auch die Vermehrung seines Wortschatzes und damit seine intellektuelle Weiterentwicklung behindert. Bezüglich der Methode dieses Unterrichts muss ich auf die einschlägigen Spezialwerke verweisen. Bei den meisten imbezillen Kindern ist mindestens eine Sprachübungsstunde pro Tag anzusetzen. Der Schreibunterricht sollte bei imbezillen Kindern erst sehr spät begonnen werden, jedenfalls erst dann, wenn das Kind einen sicheren Vorstellungs- und Wortschatz erworben hat. Bei schwererer Imbezillität (Imbecillität s. str. und Idiotie) verzichtet man meistens besser überhaupt auf das Schreibenlernen. Vom Lesenlernen gilt etwa dasselbe. Erheblich wichtiger

[1]) Auch die Übungen im Einfädeln, welche zugleich als Vorübung für das Nähen dienen und anfangs mit sehr grossen Nadeln vorgenommen werden, sind sehr zweckmässig (Bourneville).

[2]) Vgl. W. Meyer, Arch. f. Ohrenheilk. 1873 u. 1874; Guye, Naturf.-versamml. 1887.

ist der Singunterricht wegen seines erfahrungsgemäss günstigen Einflusses auf das Gefühlsleben imbeciller Kinder. Einen hervorragenden Platz beansprucht endlich das Zeichnen, und zwar nicht allein als ausgezeichnete Übung zur Verfeinerung der Bewegungen, sondern auch als Übung im Aufmerken und als Mittel zur Einprägung optischer Vorstellungen. Oft habe ich mit Erfolg leicht schwachsinnige Kinder schon sehr früh mit Hülfe eines einfachen Farbenkasten etwas malen lassen.

Ferner empfiehlt es sich bei schwachsinnigen Kindern schon sehr früh, jedenfalls früher als bei normalen Kindern, einen Unterricht in denjenigen speziellen Bewegungen erteilen zu lassen, welche für den späteren Beruf des Kindes oder wenigstens zur späteren Beschäftigung des Kindes erforderlich sind. In vorbildlicher Weise hat Bourneville diese berufsmässige Erziehung im Bicêtre zu Paris ausgebildet. In Betracht kommen namentlich folgende Berufe: Schuster, Tischler, Stuhlflechter, Schlosser, Böttcher, Korbflechter, Bürstenbinder, Schriftsetzer und Gärtner. Auf diesen propädeutischen Fachunterricht können in den meisten Fällen schon vom 10. Jahre ab täglich zwei Stunden verwandt werden. Die Erfolge sind meist grösser als im allgemeinen Bildungsunterricht. Entsprechende Werkstätten sollten in keiner Anstalt für debile Kinder fehlen.

6. Ethische Erziehung und Zucht. Am wichtigsten ist es, frühzeitig durch ununterbrochene Aufsicht jahrelang alle Vergehen, so weit irgend möglich, zu verhindern. Nur hierdurch gelingt es in vielen Fällen ein normales Betragen dem imbezillen Kinde so sehr anzugewöhnen, dass auch in späteren Jahren diese Gewöhnung noch nachwirkt. Auch speziell die Neigung debiler Kinder zum Lügen wird am besten dadurch bekämpft, dass man möglichst wenig Gelegenheit zum Lügen giebt, also es z. B. auf ein Leugnen garnicht erst ankommen lässt, sondern direkt überführt. Viel weniger wirksam sind Strafen und Belohnungen, doch muss ich sagen, dass man ihre Unwirksamkeit auch oft übertrieben hat. Bezüglich der Bestrafungen gilt als Hauptgrundsatz, dass sie in der Regel nur unmittelbar nach der strafbaren Handlung zulässig sind. Bei dem normalen Kind haftet die Erinnerung an eine strafbare Handlung viel fester, die Strafe behält daher, auch wenn eine erhebliche Zwischenzeit verflossen ist, ihre Beziehung auf die strafbare Handlung. Bei dem imbezillen Kind ist die Erinnerung an die strafbare Handlung in der Regel zu

rasch verblasst, als dass das Kind auch nach längerer Zwischenzeit die Strafe mit seinem Vergehen in regere assoziative Verknüpfung bringen könnte. Aus demselben Grunde sind auch meistens momentane Strafen bei imbezillen Kindern wirksamer als Strafen, die sich über lange Zeit erstrecken (wie z. B. Entziehung eines täglichen Vergnügens für längere Zeit). Letztere sind nur dann zweckmässig, wenn es sich um ein öfter wiederkehrendes Vergehen handelt. Die Form der Strafe ist gleichfalls nicht gleichgiltig. Es kommt hierbei vor allem darauf an, dass die Strafe einfach, also leicht verständlich und fühlbar ist. Körperliche Züchtigungen sind nicht völlig zu entbehren, dürfen sich jedoch niemals auf den Kopf erstrecken. Bei Affektvergehen (Jähzornsausbrüchen u. dergl.) ist eine mehrstündige Bettruhe unter Aufsicht und ohne Unterhaltung oft von ausgezeichneter Wirkung.

Zur ethischen Erziehung gehört wenigstens zum teil auch die Gewöhnung an Sparen. In keiner Anstalt sollten die kleinen Sparbüchsen fehlen, wie sie z. B. im Bicêtre für die debilen Kinder eingerichtet sind.

Spezieller Überwachung bedarf die Entwicklung der sexuellen Neigungen. Onanie ist bei Schwachsinnigen enorm häufig.[1]) Nicht selten tritt sie auch mutuell auf. Bei älteren Schwachsinnigen (zuweilen schon im Beginn der Pubertätsjahre) kommen paederastische und sodomitische Versuche und Cohabitationsversuche mit dem andern Geschlecht hinzu. Medikamente versagen demgegenüber meist ganz. Wirksam erweisen sich hingegen Turnübungen (jedoch kein Klettern), körperliche Arbeit (namentlich Abends vor dem Schlafengehen), kalte Bäder und kalte Waschungen. Unerlässlich ist wiederum ununterbrochene Aufsicht, namentlich auch Nachts und auf den Aborten. Die letzteren müssen so liegen, dass sie dem Auge des Lehrers zugänglich sind. Trennung der Geschlechter ist jedenfalls vom siebenten Lebensjahr angezeigt. Unbedingt sind ferner die schon in die Pubertät eingetretenen Schwachsinnigen von den jüngeren zu trennen. Stürmische Liebkosungen der Kinder untereinander, welche erfahrungsgemäss oft die Vorboten gegenseitiger sexueller Exesse sind, müssen jedenfalls verhindert werden. Bei der Bekämpfung der Onanie ist vor allem auch enge

[1]) Vgl. Bourneville, L'onanisme chez les idiots, Revue de psychiatrie, 1897, Dec.

Kleidung, Überfüllung der Blase und Bauchlage zu vermeiden. Ferner muss ärztlich festgestellt werden, ob nicht eine örtliche Entzündung oder Missbildung (Phimose) Anlass zur Onanie giebt. Mit Beseitigung eines solchen örtlichen Reizes verschwindet zuweilen eine hartnäckige Onanie überraschend schnell.

4) Die ärztlich-erzieherische Behandlung des Intelligenzdefekts ausserhalb der Anstalt.

Nach den Ausführungen S. 57 ff. handelt es sich hierbei um debile Kinder ohne erheblichen ethischen Defekt. Für den Unterricht kommen in erster Linie die oben bereits erwähnten Hülfsklassen und Hülfsschulen in Betracht. Eine historische Darstellung ihrer allmählichen Entwicklung[1]) kann an dieser Stelle nicht gegeben werden; ich beschränke mich vielmehr darauf, einige Hauptpunkte, welche für die Behandlung debiler Kinder in diesen Hülfsklassen und Hülfsschulen massgebend sein sollten, hervorzuheben.

Vor allem ist der Thatsache Rechnung zu tragen, dass die Aufmerksamkeit debiler Kinder sehr rasch ermüdet. Es sollte deshalb die einzelne Unterrichts„stunde" niemals länger als höchstens 30 Minuten dauern.[2]) Die Unterrichtsstunden sollten auf Vormittag und Nachmittag verteilt werden. Im Ganzen dürften 6 Unterrichtsstunden à 30 Min. nicht zu viel sein. Die Zahl der Schüler in einer Klasse sollte 10 nicht übersteigen, da gerade bei debilen Kindern der Unterricht im höchsten Mass individualisiert werden muss. In den Pausen ist eine besondere Überwachung erforderlich. Nicht-debile, z. B. nur moralisch verkommene oder faule Kinder sollten von den Hülfsklassen ferngehalten werden. Dass eine besondere Vorbildung bezw. nachträgliche Spezialausbildung der an diesen Klassen oder Schulen wirkenden Lehrer dringend wünschenswert ist, wurde bereits erwähnt. Zur Zeit gebricht es sogar oft in den bezüglichen Schul-

[1]) Ich will nur erwähnen, dass in Deutschland die erste derartige Einrichtung 1867 in Dresden getroffen wurde. Im Ganzen bestehen in Deutschland jetzt über 90. Vgl. Laquer, Die Hülfschulen, ihre ärztliche und soziale Bedeutung. Wiesbaden 1900. In der Schweiz wurde die erste Hülfsklasse 1881 in Chur gegründet. England folgte i. J. 1892 nach und besitzt jetzt 31 einschlägige Einrichtungen (Bericht des School Board for London, 1897). In Frankreich fehlten sie wenigstens bis 1898 vollkommen (vgl. Création de classes spéciales pour les enfants arriérés, par Bourneville. Paris, 1898).

[2]) Vgl. auch Heller, Ermüdungsmessungen an schwachsinnigen Schulkindern. Wien. Med. Presse, 1899, Nr. 11—13.

bibliotheken an den notwendigsten Büchern über Schwachsinn, so dass auch ein erspriesslicher Selbstunterricht nicht möglich ist.

Die Unterrichtsmethoden selbst würden im allgemeinen den für die Anstaltsbehandlung gegebenen entsprechen. Vor allem muss davor gewarnt werden, ohne weiteres die Unterrichtsmethoden, welche sich bei normalen Kindern bewährt haben, auf debile Kinder zu übertragen. Eine solche Übertragung hat schon bei vielen debilen Kindern grosses Unheil angerichtet. Einige prinzipielle Punkte, in welchen der Unterricht bei debilen Kindern vom Normalunterricht abweichen muss, will ich hier nochmals zusammenstellen. Das Verständnis für Symbole ist bei dem debilen Kind in der Regel sehr gering. Der Anschauungsunterricht mit Hülfe von Wandtafeln bezw. Abbildungen spielt daher bei dem debilen Kind eine sehr geringe Rolle. Das normale Kind lernt sehr rasch die Assoziationsbrücke vom Bild zum abgebildeten Objekt schlagen. Das debile Kind begreift nur sehr schwer den eigenartigen Zusammenhang zwischen Bild und Objekt. Meist erschwert man sich durch solche Abbildungen geradezu den Unterricht. Dem debilen Kind müssen die Dinge selbst (Leçons des choses) gezeigt werden. Was man nur in Abbildungen zeigen kann, lässt man besser ganz weg. Aus ähnlichen Gründen sollte auch der Schreib- und Leseunterricht in Hülfsschulen und Hülfsklassen erheblich später begonnen werden. Auch die Buchstabensymbole sind dem debilen Kind schwer verständlich. Dagegen ist dem Farben-, Formen- und Zahlunterricht auf dem Stundenplan ein breiter Raum zu reservieren. Die enorme Bedeutung des Unterrichts in der Sprachartikulation wurde bereits oben hervorgehoben. Der Handfertigkeitsunterricht muss hier zahlreiche Bewegungsübungen umfassen (siehe oben S. 66), welche dem normalen Kind bei seinem Eintritt in die Schule grösstenteils schon geläufig sind. Durch besonderen Aufmerksamkeitsunterricht ist der schweren Störung der Aufmerksamkeit bei dem angeborenen Schwachsinn Rechnung zu tragen. Dass es sinnlos ist, ein debiles Kind die Geographie fremder Länder und die Geschichte vergangener Zeiten zu lehren, sollte kaum der Erwähnung bedürfen. Alle diese Kenntnisse bleiben bei den meisten debilen Kindern, wenn man sie unter Verschwendung vieler Mühe und Zeit und auf Kosten wichtigerer Gegenstände endlich erzielt, reines Wortwissen. Von einem ethischen Einfluss der Geschichte kann bei fast allen debilen Kindern nicht die Rede sein. Ich

habe schon manches debile Kind gekannt, dass einige Worte über Karl den Grossen auswendig gelernt hatte, aber blau nicht von grün unterscheiden und sich ohne Hülfe nicht richtig ankleiden konnte.

Bezüglich der Schuldisziplin und Charakterentwicklung verweise ich auf die Ausführungen S. 67 ff. Leider haftet den Hülfsklassen und Hülfsschulen heute noch der Nachteil an, dass nach Schluss der Unterrichtsstunden die debilen Kinder viele Stunden sich selbst oder einer unzureichenden Familienaufsicht überlassen sind. Auf ethischem Gebiet werden die Leistungen der Hülfsklassen und Hilfsschulen erst besser werden, wenn die debilen Kinder auch nach dem Unterricht noch unter der Aufsicht ihrer Lehrer bleiben. Die Schulhöfe und Schulzimmer könnten sehr wohl zu diesem Zweck verwendet werden. Die notwendige Aufsicht liess sich durch Einstellung von 1—2 weiteren Lehrern sehr wohl ermöglichen. Natürlich müssten diese Überstunden ausschliesslich dem Spiel reserviert werden. Von den Eltern wäre unbedingt zu verlangen, dass sie abends die Kinder abholen (und zwar gerade auch die älteren). Jetzt wirkt das Strassenleben geradezu vergiftend auf die debilen Kinder. Nach dem Unterricht treiben sie sich stundenlang auf den Gassen herum. Bei jedem Auflauf, bei jeder Prügelei, in den Schlachthäusern, welche leider den Kindern noch oft zugänglich sind, u. s. f. sind sie die begierigsten Zuschauer. Allerhand Unfug bis zum Diebstahl wird zuerst auf der Strasse gelernt. Auf der Strasse tritt die Verführung zu Alkoholexzessen zuerst an das debile Kind heran. Darum muss die Hülfsschule auch die Aufsicht über die Freistunden auf sich nehmen. Sie muss schlechte Handlungen durch Aufsicht verhindern; wenn sie erst vorgekommen sind, hilft die Strafe nicht viel.

Leichtere Fälle von Debilität hat man im Anschluss an ein Werk von Koch auch öfters als „psychopathische Minderwertigkeiten“ bezeichnet. Derselbe Name wird jedoch auch für andere Krankheitszustände gebraucht, bei welchen keinerlei Intelligenzdefekt besteht und welche weiterhin ausführlich besprochen werden sollen. Heutzutage ist daher der Begriff der psychopathischen Minderwertigkeit ein unklares Schlagwort, welches ähnlich wie der Begriff der Degeneration der Lückenbüsser für exakte Diagnosen ist.

II. Erworbene Defektpsychosen.

(Formen des erworbenen Schwachsinns.)

Gemäss der S. 7 gegebenen Definition sind als erworbene Defektpsychosen diejenigen mit einem Intelligenzdefekt verbundenen Geisteskrankheiten zu bezeichen, welche nach dem dritten Lebensjahr, somit also nach Vollendung des groben[1]) Hirnwachstums auftreten. Bei dem angeborenen oder in den ersten Lebensjahren erworbenenen Schwachsinn besteht der Defekt darin, dass Vorstellungen und Vorstellungsverknüpfungen nicht in normaler Zahl zur Entwicklung gelangen (geistige Entwicklungshemmung). Bei dem erworbenen Schwachsinn des Kindesalters liegen zu Beginn der Krankheit bereits mehr oder weniger zahlreiche Vorstellungen und Vorstellungsverknüpfungen vor; die Defektpsychose verhindert nicht nur die dem fortschreitenden Alter entsprechende Bildung weiterer Vorstellungen und Vorstellungsverknüpfungen, sondern zerstört auch die schon gebildeten: zu der geistigen **„Entwicklungshemmung“** kommt eine geistige **„Einbusse“**.

Es liegt auf der Hand, dass diese Grenze nicht scharf ist. Aus praktischen Gründen ist man dazu gelangt, die in den ersten Lebensjahren sich entwickelnden Defektpsychosen noch zu dem angeborenen Schwachsinn zu rechnen. Absolut korrekt ist dies Verfahren nicht. Ein zweijähriges Kind hat beispielsweise schon einige Vorstellungen und Vorstellungsverknüpfungen erworben. Wenn es in Imbecillität verfällt, tritt nicht nur eine Entwicklungshemmung, sondern auch eine Einbusse des schon vorhandenen Vorstellungsbesitzes ein. Streng genommen, ist also auch hier der Thatbestand der erworbenen Defektpsychose gegeben. Stellt man sich aber auf den Standpunkt der klinischen Beobachtung, so ergiebt sich, dass im Krankheitsbilde die Einbusse gegenüber der Entwicklungshemmung so sehr zurücktritt, dass sich die Zurechnung zum angeborenen Schwachsinn unbedingt empfiehlt.

Auf Grund dieser Erörterungen ist es auch ohne weiteres verständlich, dass die erworbene Defektpsychose um so schärfer sich gegen die Imbezillität abhebt, je später sie auftritt oder mit anderen Worten, je mehr die geistige Entwicklung des Individuums schon vollendet ist, je mehr sonach die Einbusse gegenüber der Entwicklungshemmung überwiegt.

[1]) Das feinere Wachstum, z. B. die Anlage der Assoziationsfasern, ist erst etwa im 18. Jahre abgeschlossen.

Aus der recht grossen Zahl der erworbenen Defektpsychose des Kindesalters werden hier nur folgende wegen ihrer grösseren Häufigkeit zur Besprechung gelangen:

1. Dementia paralytica.
2. Dementia epileptica.
3. Dementia bei Herderkrankungen.
4. Dementia hebephrenica s. praecox.

Dementia paralytica.

(Paralytischer Schwachsinn.)

Die Dementia paralytica oder Hirnerweichung galt früher als eine Krankheit, welche ausschliesslich bei Erwachsenen vorkommt. Die letzten 30 Jahre haben erstens gelehrt, dass auch in der Pubertät und selbst in der Kindheit ab und zu Fälle vorkommen, und zweitens, dass wahrscheinlich die Zahl dieser Frühfälle allmählich zunimmt.

Die **Ursache** der Dementia paralytica des Kindesalters ist wahrscheinlich ausschliesslich die Syphilis. Meist handelt es sich um ererbte Syphilis, ausnahmsweise um Ansteckung, z. B. durch eine syphilitische Amme. Aus dem hereditär-syphilitischen Charakter der Krankheit wird es auch verständlich, dass zuweilen mehrere Geschwister derselben Familie erkranken.

Vorkommen. Während die Dementia paralytica der Erwachsenen vorzugsweise Männer befällt, entsprechend der grösseren Häufigkeit syphilitischer Ansteckungen bei dem männlichen Geschlecht, kommt die Dementia paralytica im Kindesalter bei Knaben und Mädchen gleichmässig vor.

Der **Ausbruch** der Krankheit fällt, wofern sie überhaupt schon im Kindesalter auftritt, meist in die Pubertät. Fälle vor dem zehnten Lebensjahr sind sehr selten.

Das **Hauptsymptom** auf psychischem Gebiet ist der unaufhaltsam fortschreitende Intelligenzdefekt. Bei einem Kinde, welches sich vorher völlig normal geistig entwickelt hatte, wird ein allmähliger geistiger Rückgang bemerkt. Das Gedächnis nimmt ab und zwar namentlich für Jüngstvergangenes. Die Einprägung von Neuem gelingt nicht mehr. Der Charakter des Kindes verändert sich in auffälliger Weise. Pflicht-, Scham- und Anstandsgefühl gehen verloren. Im Unterricht fällt die absolute Teilnahmlosigkeit auf. Leider ist es oft vorgekommen,[1]) dass

[1]) Vgl. z. B. Nonne, Mitt. aus den Hamburger Staatskrankenanstalten, 1899.

Lehrer im ersten Stadium der Krankheit diese unglücklichen Kinder durch strenge Strafen zu bessern versuchten. Nach einem halben bis einem Jahre ist der Intelligenzdefekt meist schon so erheblich, dass auch jeder Laie die Krankheit erkennt. Weiterhin können auch Wahnvorstellungen und Sinnestäuschungen auftreten.

Auf körperlichem Gebiet ist die Sprachstörung gewöhnlich am auffälligsten. Die Kinder stocken bei den Anfangskonsonanten, verwechseln und versetzen Buchstaben und Silben, lassen Buchstaben und Silben weg. Oft ist auch die Aussprache eigentümlich tremulierend. In vielen Fällen fällt auch die Verschlechterung der Schrift zuerst auf. Die Buchstaben werden zittrig und ungleichmässig geschrieben. Buchstabenauslassungen und -versetzungen sind auch im Schreiben häufig. Auch die groben Arm- und Beinbewegungen werden allmählig unsicher und kraftlos. Zuweilen besteht eine halbseitige lähmungsartige Schwäche. Sehr oft fehlt auch der Lichtreflex der Pupille, d. h. die Verengung der Pupille, welche bei dem Gesunden eintritt, sobald man Licht in das Auge fallen lässt. Auch andere Reflexe sind oft gestört. Im weiteren Verlauf der Krankheit kommt es oft zu Einnässen und Kotverunreinigung. Sehr oft werden vorübergehende fieberhafte an einen Schlaganfall erinnernde Zustände und an Epilepsie erinnernde Krampfanfälle beobachtet.

Die Krankheit ist stets progressiv und endet stets tödtlich. Ausnahmsweise führt sie in einigen Monaten, meist erst in einigen Jahren[1]) zum Tode.

Die **Sektion** ergiebt eine chronische Entzündung der weichen Hirnhaut, einen Schwund der Grosshirnrinde, abnorme Flüssigkeitsansammlung in den Maschen der weichen Hirnhaut und in den Höhlen des Gehirns und meist auch krankhafte Veränderungen im Rückenmark.[2])

Die **Erkennung,** dass überhaupt eine Geisteskrankheit vorliegt, ist, wofern man sich mit der vorausgehenden kurzen Beschreibung erinnert, meistens leicht. Die Unterscheidung von einigen anderen, zum teil heilbaren Geisteskrankheiten des Kindesalters kann grosse Schwierigkeiten bieten und ist nur dem Arzt auf Grund einer sehr eingehenden Untersuchung möglich. Hier

[1]) Die längste aus der Litteratur bekannte Dauer beträgt sieben Jahre.
[2]) Vgl. z. B. Mott, Arch. of Neurol. from the path. Labor. of the London County Asylums, 1899.

soll nur von der Verwechslung mit der Imbezillität, welche, wie oben (S. 10) erwähnt, gleichfalls nicht selten auf Erbsyphilis beruht, geredet werden. Diese hereditär-syphilitische Imbezillität ist angeboren und kommt meist im fünften bis sechsten Lebensjahr in dem Sinne zum Stillstand, dass der absolute Defekt nicht grösser wird. Demgegenüber bricht die Dementia paralytica des Kindesalters in der Regel erst nach dem zehnten Lebensjahre aus und schreitet unaufhaltsam bis zum Tode fort.

Die **Behandlung**, welche bei der hereditär-syphilitischen Imbezillität nicht aussichtslos ist, versagt bei der Dementia paralytica vollständig. Bei dem progressiven und tödtlichen Verlauf der Krankheit sind auch alle Erziehungsversuche vergeblich. Vielmehr ist schleunigst ein sachverständiger Arzt zuzuziehen, welcher die Überführung in eine Anstalt anordnet oder die oft recht schwierige Pflege in der Familie leitet.

Dementia epileptica.

(Epileptischer Schwachsinn.)

Bei der Besprechung der Imbezillität wurde bereits hervorgehoben, dass epileptische Anfälle bei dem angeborenen Schwachsinn sehr häufig vorkommen. In diesen Fällen sind der Intelligenzdefekt und die epileptischen Anfälle koordinierte Symptome der Gehirnkrankheit. Der ungünstige Einfluss der epileptischen Anfälle auf den Schwachsinn wurde ausdrücklich hervorgehoben. Anders sind diejenigen Fälle zu beurteilen, in welchen die Intelligenz sich zunächst völlig normal entwickelt und nur epileptische Anfälle auftreten, und erst allmählich sekundär sich ein Intelligenzdefekt entwickelt. Der Schwachsinn, die Dementia epileptica, folgt hier der Epilepsie nach. Er ist ein Folgezustand der letzteren, der mit ihr steht und fällt. Dieser Verlauf wird nicht nur bei Kindern, sondern auch bei Erwachsenen, die an Epilepsie erkranken, beobachtet. Von den letzteren verfallen ungefähr 20 % in schweren und weitere 60 % in leichten Schwachsinn. Im Kindesalter zieht die Epilepsie noch viel häufiger schweren Schwachsinn nach sich. Auch pflegt er im Kindesalter sich rascher einzustellen als bei den Erwachsenen; durchschnittlich ist er schon nach 3—4 Jahren sehr ausgesprochen, während bei der Epilepsie der Erwachsenen durchschnittlich etwa 9 Jahre vergehen, bis ausgesprochener Schwachsinn zu Tage tritt.

Entsprechend der **Häufigkeit** der kindlichen Epilepsie ist auch die Dementia epileptica eine der häufigeren Geisteskrankheiten des Kindesalters. Ich will hier nur kurz anführen, dass etwa 75% aller Fälle von Epilepsie vor dem 20. Lebensjahr und 29% aller Fälle vor dem 10. Lebensjahr beginnen (Gowers), und dass andererseits beispielsweise in Mecklenburg[1]) auf 10000 Einwohner 2—3 epileptische Kinder (unter 15 Jahren) kommen.[2])

Die **Ursachen** des epileptischen Schwachsinns im Kindesalter decken sich mit denjenigen der kindlichen Epilepsie.[3]) Hier mag nur bemerkt werden, dass unter diesen Ursachen erbliche Belastung (namentlich auch Alkoholismus der Eltern), Erbsyphilis, akute Ansteckungskrankheiten (wie Keuchhusten, Typhus, Scharlach u. s. f.), Kopfverletzungen und Herderkrankungen des Gehirns eine besonders grosse Rolle spielen. Auch die sogenannten eklamptischen Krampfanfälle des Kindesalters, d. h. die Krampfanfälle, welche unter dem Einfluss spezieller Reize (z. B. des Zahndurchbruchs, dieser oder jener Eingeweidewürmer, schwerer Magen- oder Darmstörungen u. s. f.) auftreten, können zuweilen die Vorläufer einer ernsten Epilepsie sein. In der Pubertät tritt die Epilepsie oft ohne nachweisbare Ursache auf.

Die **Symptome** des epileptischen Schwachsinns gestalten sich sehr einfach: sie sind durch einen in der Regel unaufhaltsam fortschreitenden Schwachsinn charakterisiert. Gedächtnis und Assoziationsfähigkeit (Urteilskraft) der Kinder leiden in der Regel gleichmässig. Sehr früh ist schon die Reaktionszeit und Assoziationszeit verlangsamt.[4]) Das Fortschreiten des Intelligenzdefekts hängt meist direkt von der Zahl der Anfälle ab, doch ist zu beachten, dass nicht nur die schweren Krampfanfälle (grand mal), sondern auch die nicht selten gehäuft auftretenden leichten Anfälle (petit mal, absences), bei welchen Krampfbewegungen fast vollständig fehlen und die Symptome des Anfalls sich fast ganz auf einen momen-

---

[1]) Vgl. Tigges, Allg. Ztschr. f. Psychiatrie. Bd. 40 (1884), S. 543. Ebendaselbst kommt auf ca. 4700 Einwohner je ein epileptisches Kind in schulpflichtigem Alter (6—15 J.).

[2]) Bei allen diesen statistischen Angaben ist leider nicht scharf zwischen Imbezillität mit Epilepsie und Dementia epileptica, d. h. Schwachsinn nach Epilepsie, und Epilepsie ohne Schwachsinn unterschieden.

[3]) Vgl. Gossage and Coutts. The etiology of convulsions in infancy. Brit. Med. Journ. 1899.

[4]) Hiervon habe ich mich gerade auch bei epileptischen Kindern überzeugt. Vgl. die Beobachtungen Rossi's bei erwachsenen Epileptikern. Riv. sper. di freniatria, 1897.

tanen Bewusstseinsverlust beschränken, den Verfall der Intelligenz beschleunigen.

Mit dem Intelligenzdefekt verbindet sich fast ausnahmslos eine krankhafte Veränderung des Gefühlslebens. Die Kinder werden vor allem reizbarer und jähzorniger. Die geringsten Anlässe genügen, um ein epileptisches Kind zu schweren, zuweilen trotz des jugendlichen Alters gefährlichen Gewaltthätigkeiten hinzureissen. Dass mit dem Intelligenzdefekt sich auch ein ethischer Verfall im allgemeinen verbindet, bedarf keiner besonderen Hervorhebung.

Die körperlichen Störungen sind abgesehen von den Krampfanfällen selbst oft sehr geringfügig. Nur eine zunehmende Unbeholfenheit der Bewegungen, namentlich auch eine Schwerfälligkeit der Sprache stellt sich bei epileptischen Kindern zuweilen schon recht früh ein.

In den Schlussbildern der Krankheit, welche jedoch meist jenseits der Kindheit liegen, kann es zu einer absoluten Verblödung kommen: die Patienten erkennen ihre Angehörigen nicht mehr, verunreinigen sich Tag und Nacht, alle Affekte, mit Ausnahme gelegentlicher Wutanfälle, sind abgestumpft, die Sprachartikulation wird fast unverständlich, die einfachsten Hantierungen gelingen nicht mehr.

Die Epilepsie galt früher als eine durchaus funktionelle Krankheit. Die **Sektionsbefunde** waren vollständig negativ. In dem letzten Jahrzehnt haben jedoch vielfache Untersuchungen[1]) ergeben, dass wenigstens in denjenigen Fällen, in welchen vor den Tod ein schwererer epileptischer Schwachsinn bestanden hatte, stets die Hirnrinde bei sorgfältiger Untersuchung Veränderungen erkennen lässt. Meine eigenen Untersuchungen stimmen hiermit durchaus überein. Den früheren Untersuchern waren diese Veränderungen nur deshalb entgangen, weil ihre Untersuchungsmethoden zu unvollkommen waren. In denjenigen Fällen, in welchen die Epilepsie sehr früh auftritt, ist übrigens nicht selten bereits mit blossem Auge diese oder jene Abnormität der Oberflächenentwicklung des Gehirns zu erkennen.

Die **Erkennung** der Epilepsie bietet oft grosse Schwierigkeit. Die blosse Thatsache, dass Krampfanfälle bei einem Kind

[1]) Vgl. namentlich Alzheimer, Monatsschrift f. Psychiatrie u. Neurol. 1898; Tirelli, Annali di freniatria 1895, H. Holm, Nord. Med. Arkiv. 1893, Nr. 15.

vorkommen, rechtfertigt noch nicht die Diagnose Epilepsie. Selbst wenn festgestellt ist, dass, wie es bei Epilepsie Regel ist, in den Anfällen das Bewusstsein aufgehoben ist, kommen ausser Epilepsie noch andere Krankheiten in Betracht. Nur durch eine sorgfältige ärztliche Untersuchung kann die Diagnose auf Epilepsie sichergestellt werden.

Die **Heilungsaussichten** der Dementia epileptica sind im Ganzen sehr ungünstig. Immerhin habe ich einzelne Fälle kindlicher Epilepsie, in welchen ein Intelligenzdefekt sich bereits entwickelte, bei einer geeigneten Behandlung genesen sehen. In diesen günstigen Fällen tritt mit dem Schwinden der Anfälle auch ein Stillstand in der Entwicklung des Intelligenzdefekts ein, und bei geeigneter Erziehung ist sogar eine teilweise Ausgleichung des schon eingetretenen Defekts erreichbar. Sehr viel öfter gelingt es nur, die Häufigkeit der Anfälle zu verringern und damit den Verfall der Intelligenz wesentlich zu verzögern und selbst aufzuhalten. Oft ist auch die Behandlung vollständig erfolglos.

Die **Behandlung** selbst fällt natürlich ganz dem Arzt zu. Die Brombehandlung ohne ärztliche Aufsicht, welche neuerdings sich eingeschlichen hat, ist geradezu gefährlich und unbedingt zu verwerfen. Erwähnt sei hier nur die Schwierigkeit der Unterweisung dieser Kinder. Aus den Schulen werden sie wegen ihrer epileptischen Anfälle ausgewiesen.[1]) Dazu kommt, dass, wenn zu der Epilepsie bereits ein Intelligenzdefekt hinzugetreten ist, die Kinder im Unterricht nicht mitkommen. Die Unterbringung in den S. 57 erwähnten Hülfsklassen bezw. Hülfsschulen läge wohl am nächsten, wenngleich auch hier die ungünstige Einwirkung auf die nicht-epileptischen debilen Mitschüler zu fürchten ist. Wo solche Hülfsschulen bezw. Hülfsklassen fehlen, sind die Eltern dieser Kinder, wie ich mehrfach erlebt habe, in der traurigsten

[1]) In Preussen bestehen beispielsweise ausdrückliche Verfügungen in diesem Sinne. Man stützt sich dabei auf die Thatsache, dass die Epilepsie ansteckend wirkt. Nun kann zwar von einer unmittelbaren geheimnisvollen Übertragung der Epilepsie z. B. durch den Anblick eines epileptischen Anfalls nicht die Rede sein, wohl aber ist richtig, dass der Anblick eines epileptischen Anfalls durch den seelischen Eindruck den Mitschülern gefährlich werden kann. So kann auf diesem Wege ausnahmsweise durch die Schreckwirkung bei einem nicht-epileptischen Knaben ein epileptischer Anfall hervorgerufen werden. Häufiger löst der Anblick eines epileptischen Anfalls bei disponierten Kindern hysterische oder neurasthenische Symptome aus. Vgl. auch Lentz et Demoor, Bull. de la Soc. de Méd. ment. de Belg., 1898; ferner Berkhan, Über den angeborenen und früh erworbenen Schwachsinn, Braunschweig, 1899, S. 25.

Lage. Bei gehäuften Anfällen ist natürlich an einen Schulunterricht nicht zu denken. Die Behandlung in der Familie oder in einer Anstalt für epileptische Kinder bleibt dann allein übrig.

Anhangsweise will ich hier noch einer besonderen Form[1]) der epileptischen Demenz gedenken, welche meist gegen Ende des schulpflichtigen Alters bezw. in der Pubertät auftritt, im Anschluss an ausgedehnte Anfallsreihen auffällig rasch zu völliger Verblödung führt und ausserdem durch Lähmungen und Spasmen d. h. krampfhafte anhaltende Spannungen der Muskeln ausgezeichnet ist. In der Regel endet diese spezielle Form in einigen Jahren tötlich, während bei der gewöhnlichen epileptischen Demenz die Lebensdauer nicht so erheblich verkürzt ist. Es scheint, dass diese Form völlig unheilbar ist.

[1]) Die erste ausführliche Beschreibung dieser Dementia epileptica paralytico-spasmodica, gab J. Voisin, Ann. méd. psych. 1899, S. 420.

Educ 2050.5
Die Geisteskrankheiten des Kindesal
Widener Library 007345622
3 2044 079 714 556